



· **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**  
· DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



· **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**  
· **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



· **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**  
· **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



· **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
· **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

· **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**  
· **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

· **“Contributos dos cuidados de  
· enfermagem de reabilitação, na melhoria  
· do autocuidado na pessoa idosa  
· hospitalizada”**

· **Christian José Krusch Nº 36985**

· Orientação: Professor Doutor César Fonseca

· **Mestrado em Enfermagem**

· Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

· Relatório de Estágio

· Évora, 2018



## **UNIVERSIDADE DE ÉvORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA



Instituto  
Politécnico  
Portalegre

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**“Contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na melhoria do autocuidado na pessoa idosa hospitalizada”**

**Christian José Krusch Nº 36985**

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

*“Se o dinheiro for a sua esperança de independência, você jamais a terá. A única segurança verdadeira consiste numa reserva de sabedoria, de experiência e de competência” (Henry Ford).*

## AGRADECIMENTOS

Venho deste modo expressar o meu agradecimento a todos aqueles que vivenciaram, contactaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar ao meu Orientador, Professor Doutor César João Da Fonseca, por todo o acompanhamento, disponibilidade e incentivo dispensados ao longo da elaboração deste trabalho.

Um agradecimento especial aos meus pais pois sem a sua colaboração e apoio teria sido impossível completar esta caminhada, e à minha companheira, Helga Silva, por toda a paciência e apoio demonstrados.

Aos meus colegas e amigos que, direta ou indiretamente, vivenciaram este percurso. De um modo especial ao colega Enfermeiro Especialista João Liberado e à Enfermeira Especialista Rita Monteiro, por todo o conhecimento transmitido e a sua orientação no decurso do estágio final. Ao colega enfermeiro João Gil por todo o apoio e incentivo demonstrados.

De igual modo quero expressar o meu sincero agradecimento a todos os utentes, que acederam colaborar neste estudo, sem os quais a sua realização não teria sido possível.

## RESUMO

No âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, apresenta-se o relatório “*Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na melhoria do autocuidado na pessoa idosa hospitalizada*”, que foi desenvolvido durante o Estágio Final.

Foi aplicada uma **Metodologia** de cuidados, enquadrada na teoria de médio alcance de Lopes (2006) e na metodologia de modelo de estudo de caso de Robert Yin (2003).

**Objetivos** - Atingir competências de Mestre, as Comuns do Enfermeiro Especialista, as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e adquirir competências nos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em pessoas com défice de autocuidado em contexto de internamento hospitalar e definir ganhos em saúde.

**Resultados**- Verificamos ganhos nos conceitos de autocuidado, de aprendizagem e função motora, de comunicação e, ainda, um aumento na independência funcional.

**Conclusão**- Verificou-se a eficácia das intervenções, contribuindo positivamente para a melhoria do autocuidado e funcionalidade, bem como do estado de dependência global nas AVD's.

### **Palavras-chave**

Autocuidado, Enfermagem de reabilitação, Envelhecimento, Idosos.

## ABSTRACT

Contribution of rehabilitation nursing care in the improvement of self-care in the hospitalized elderly person.

Within the scope of the Curricular Unit Report of the Master's Degree in Rehabilitation Nursing, the report "Contribution of rehabilitation nursing care to improving self-care in hospitalized elderly persons", this was developed during the Final Stage. A **methodology** of care was applied, framed in the medium-range theory of Lopes (2006) and in the model methodology of case study of Robert Yin (2003). We **objective** to achieve Master's competencies, the Common Nurse Specialist, the specific Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing and the provision of specialized nursing care rehabilitation in people with self-care deficit in the context of hospitalization and to establish gains in health. **Results-** We verified gains in the concepts of self-care, learning and motor function, communication and, also, an increase in functional independence. **Conclusion-** The effectiveness of specific rehabilitation nursing interventions, contributing positively to the improvement of self-care and functionality as well as the state of global dependence on the daily activities of the elderly person.

**Keywords** Self-care, Rehabilitation Nursing, Aging, Elderly.

## ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – Modelo de autocuidado de Orem (2001) .....	31
Figura 2 – Protocolo de pesquisa e selecção de artigos.....	33
Figura 3 – Metodologia de múltiplos estudos de caso realizada.....	42
Tabela 1- Resumo dos artigos seleccionados.....	34
Tabela 2 – Indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem.....	38
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica dos casos seleccionados.....	43
Tabela 4 - Resultados caso A1.....	45
Tabela 5 - Resultados caso A2.....	47
Tabela 6 - Resultados caso A3.....	48
Tabela 7 - Resultados caso B1.....	49
Tabela 8 - Resultados caso B2.....	50
Tabela 9 - Resultados caso B3.....	51
Tabela10- Ganhos caso A1.....	53
Tabela11- Ganhos caso A2.....	56
Tabela12- Ganhos caso A3.....	58
Tabela13- Total de Ganhos serviço de Medicina 1.....	58
Tabela14- Ganhos caso B1.....	60
Tabela15- Ganhos caso B2.....	62
Tabela16- Ganhos caso B3.....	64
Tabela17- Total de Ganhos serviço de Neurocirurgia/Ortopedia2.....	64
Tabela18- Total de Ganhos Global .....	65

## LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

ARS- Administração Regional de Saúde

ARS Alentejo IP

ARS Algarve IP

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividade de Vida Diárias

CE- Comissão Europeia

CHUA- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

CI- Sistemas de Informação

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMFRS - Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA - Equipa de Gestão de altas

ENCS- Elderly Nursing Core Set

EPE- Entidade Pública Empresarial

EU – União Europeia

EU-27 - União Europeia dos 27.

HESE- Hospital do Espírito Santo Évora

I.P.- Instituto Publico

INE- Instituto Nacional de Estatística

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas



PQCEER - Core de indicadores por categoria de enunciados descritos dos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

REPE- Regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS- Serviço Nacional de Saúde

## INDICE

0- INTRODUÇÃO .....	10
1- APRECIACÃO DO CONTEXTO .....	13
1.1.1 - Envelhecimento .....	13
1.2-Hospital do Espírito Santo Évora, EPE .....	17
1.2.1- Serviço de Medicina 1 .....	18
1.3- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve .....	20
1.3.1- Serviço de Neurocirurgia/ Ortopedia 2 .....	21
2- ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL .....	23
2.1- Cuidados de Enfermagem Especializados de Reabilitação .....	23
2.1.2- Dependência no autocuidado: problemática central no processo dos cuidados de enfermagem de Reabilitação .....	28
2.1.3- Revisão Sistemática da Literatura.....	31
2.2- Objetivos .....	38
2.3- Metodologia .....	39
2.3.1-Instrumentos de colheita e avaliação de dados .....	42
2.3.2-Characterização individual dos múltiplos estudos de caso .....	43
2.3.3-Considerações éticas .....	43
2.4-Resultados.....	44
2.5-Discussão dos resultados .....	52
2.6- Notas conclusivas .....	65
3-ANALISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS .....	67
4-CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	76
5-BIBLIOGRAFIA.....	79
Anexos .....	87

## 0- INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Relatório do Mestrado em Enfermagem em associação, ramo de Enfermagem de Reabilitação, leccionado pela Associação de Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal e a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora integrada na Universidade de Évora, apresenta-se o Relatório “Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na melhoria do autocuidado na pessoa idosa hospitalizada”, desenvolvido durante o Estágio Final, de 18 de Setembro de 2017 a 27 de Janeiro de 2018 no serviço de Medicina 1 do Hospital do Espírito Santo Évora. EPE e no serviço de Ortopedia 2 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve EPE.

A pertinência do estudo da problemática da pessoa idosa decorre de um dos fenómenos demográficos mais preocupantes da sociedade contemporânea: o envelhecimento da população. Segundo o INE (2011), o envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI.

Na mesma linha de pensamento, as projeções da população residente em Portugal 2012-2060 referem que, *“Para além do declínio populacional esperam-se alterações da estrutura etária da população, resultando num continuado e forte envelhecimento demográfico. Assim, entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento aumenta de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens, no cenário central. Nesse mesmo período e cenário, o índice de sustentabilidade potencial passa de 340 para 149 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos (...) este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito sócio – económico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adopção de novos estilos de vida”* (INE, 2014, p3). Tendo como pano de fundo estes dados, o presente relatório foi desenvolvido no seio de duas regiões do país em que o envelhecimento populacional se revela mais acentuado.

O Alentejo e o Algarve afiguram-se duas das regiões com maiores índices de dependência e de envelhecimento, acima da média nacional, respetivamente 61 e 179 para o Alentejo e 53 e 132 para o Algarve (INE, 2011). Estes dados ultrapassam os

elevados índices de envelhecimento nacionais. Estimativas para as próximas décadas indicam que as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa vão aumentar, sendo igualmente previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada com graus de dependência elevados, conforme aponta o documento conjunto do Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social intitulado “Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração- Relatório Preliminar” (DGS, 2005).

Ainda neste sentido, o documento revela as necessidades de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação que têm como conceito central cuidar e valorizar a funcionalidade. Estes cuidados, e sua especificidade, são reconhecidos ao longo dos anos, bem como o seu contributo na melhoria dos cuidados de enfermagem e na promoção de uma sociedade mais inclusiva, na qual são considerados cidadãos na plenitude dos seus direitos as pessoas portadoras de deficiência. Como tal, os cuidados de reabilitação, a sua necessidade e a sua pertinência constituem um dos grandes desafios dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

O presente relatório inscreve os seguintes objetivos gerais, divididos em três domínios, a saber:

*Ao nível da aquisição das competências de mestre, desenvolver conhecimentos e capacidade de compreensão, que permitam desenvolver o projeto de estágio, em contexto de investigação, tais como aplicar os conhecimentos específicos inerentes às técnicas de reabilitação funcional, motora e respiratória, aos utentes que constituíram os diferentes casos clínicos intervencionados durante o estágio. Refletir sobre as implicações clínicas, as conclusões, os conhecimentos e os raciocínios subjacentes às mesmas, no contexto do trabalho de investigação, dirigido quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades (DRE, 2006).*

*Ao nível da aquisição das competências Comuns do Enfermeiro Especialista: dominar a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, da Melhoria Contínua da Qualidade e Aprendizagens Profissionais (OE, 2011).*

*Ao nível da aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo*

do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximizar a funcionalidade da pessoa com deficiência, desenvolvendo o aumento das capacidades e aquisição de competências da mesma (OE, 2010).

Paralelamente, apontam-se os seguintes objetivos específicos, a saber: avaliar a funcionalidade das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar; adquirir competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em pessoas com défice de autocuidado; definir ganhos ao nível do autocuidado das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar.

No que concerne à sua estrutura, presente no Regulamento de Relatório e Estágio Final, o mesmo é constituído por: uma **apreciação do contexto** onde se abordarão as características de contexto onde os cuidados se efetuaram; uma **análise do envolvimento**, onde se caracteriza a população alvo e respetiva abrangência dos serviços; uma **análise da produção de cuidados**, na qual definimos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e apresentamos a revisão sistemática da literatura efetuada, identificando indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação; **a estratégia de intervenção profissional**, utilizando para a mesma o Modelo de Estudo de Caso de Robert Yin (2003), apresentando os resultados do mesmo e uma **análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências** e, por último, tecemos as **considerações finais**.

## 1- APRECIACÃO DO CONTEXTO

Neste ponto será elaborada uma abordagem ao contexto em que os cuidados foram prestados.

### 1.1.1 – Envelhecimento

O envelhecimento populacional, segundo Despacho n.º 12427/2016 de 17 de Outubro, onde é proposta a Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável, é definido com base na proporção da população de pessoas idosas na população total. O mesmo documento considera idosas as pessoas com 65 anos ou mais de idade. “*O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI*” (INE, 2011, p2).

Na mesma linha, segundo a ONU, o envelhecimento populacional a nível mundial não tem precedentes na história da Humanidade, sendo esperado que, neste século XXI, ocorra um aumento muito considerável de pessoas idosas (ONU, 2011). Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito sócio – económico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adopção de novos estilos de vida (ONU, 2011).

Este fenómeno ocorre devido a um conjunto de causas, das quais se destaca o aumento da *esperança de vida à nascença*<sup>1</sup> associado à diminuição do *índice sintético de fecundidade*<sup>2</sup>. A nível mundial, a esperança de vida à nascença passou de 47,7 anos em 1950 para 70,8 em 2017 (ONU, 2017).

Segundo Fonseca e Lopes (2013) a população mundial aumentou 172,32% entre 1950 e 2010. Nas *regiões mais desenvolvidas*<sup>3</sup>, o crescimento da população representou, no mesmo período, 58,89%. Segundo as projeções desta mesma instituição, as mesmas

---

<sup>1</sup> O número médio de anos que um recém-nascido pode esperar viver, se submetido ao longo da sua vida às condições atuais de mortalidade (Eurostat).

<sup>2</sup> Admitindo que as mulheres estão submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento, representa o número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade).

<sup>3</sup> Compreendem a Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão (ONU, 2011).

apontam para que a população mundial, no período de 2010 a 2060, aumentará cerca de 39,43%. Acresce que a percentagem de pessoas com 65 e mais anos de idade aumentou 201,84% entre 1950 e 2010. Relativamente à *esperança de vida aos 65 anos*<sup>4</sup>, esta aumentou 4,5 anos entre 1950 e 2010 e a esperança de vida ao nascer aumentou 21,6 anos no mesmo período temporal.

Segundo a ONU (2011) nas suas projeções, no período entre 2010-2060, e em comparação com o período de 1950-2010, irá ocorrer uma diminuição do ritmo de crescimento da população mundial (de 2,87%/ano para 0,788%/ano). Contudo, o ritmo de crescimento das pessoas com 65 e mais anos, durante o mesmo período, será muito superior (3,36%/ano).

Se em 1950 se verificava um *rácio de dependência dos idosos*<sup>5</sup> nas regiões mais desenvolvidas de 10,1 e de 25,9 em 2010, estima-se que em 2060 o mesmo será de 51,1 pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa (ONU, 2011).

Segundo Fonseca (2013), o *rácio de dependência total*<sup>6</sup> é o que nos traduz o grau de equilíbrio entre a população ativa (15-64 anos) e os grupos populacionais considerados dependentes, não ativos (menos de 15 anos e 65 e mais anos), de modo a podermos compreender e analisar este mesmo equilíbrio. Se nas regiões mais desenvolvidas, em 1950 esse rácio era de 77,1 pessoas, em 2010 esta proporção era de 62,5 e estima-se que em 2060 será de 94,9, como nos relatam os dados da ONU (2011). Este aumento deve-se principalmente ao declínio das taxas de fertilidade e ao aumento do número de idosos (ONU, 2011).

Segundo a CE (2011), entre 1950-2010 o *rácio de dependência dos idosos* na EU-27, aumentou 11,4%. Contudo, para igual período, verificou-se na América do Norte 4%, na Ásia 3% e em África 0% (CE, 2011). A EU-27, no seu conjunto, configura-se assim, como um grupo de países com o *rácio de dependência de idosos e rácio de dependência total* com maior crescimento a nível mundial.

---

<sup>4</sup> O número médio de anos que uma pessoa com 65 anos pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência.

<sup>5</sup> O *Rácio de Dependência dos Idosos* é a razão entre o número de pessoas idosas numa idade em que geralmente são economicamente inativas (com 65 anos e mais), em comparação com o número de pessoas em idade de trabalhar (15-64 anos).

<sup>6</sup> O *Rácio de Dependência Total* é a relação da soma do número de jovens e do número de pessoas idosas numa idade em que ambos os grupos são, em geral, inativos, (isto é, com menos de 15 anos de idade e 65 anos e mais), em comparação com o número de pessoas em idade de trabalhar (15-64 anos). Resulta da soma de dois Rácios: o *Rácio de Dependência dos Jovens* e o *Rácio de Dependência dos Idosos*.

O número de pessoas com 65 e mais anos tem vindo a aumentar de forma consistente em Portugal (INE, 2011), pois a proporção deste grupo etário é de 19%. Este valor era de 8% em 1960 e de 16% em 2000.

As estimativas para os próximos 50 anos vão no sentido do aumento desta faixa etária prevendo-se que o nosso país em 2060 seja um dos mais envelhecidos da *EU-27*, como nos traduzem os dados da CE (2011).

Na mesma linha, o ritmo de crescimento anual das pessoas com 80 e mais anos situou-se em 8,1% entre 1960 e 2010 e, até 2060, perspectiva-se que este crescimento anual continue, o que poderá triplicar a proporção das pessoas desta faixa etária em Portugal. Este aumento elevará o nosso país ao 3º nível no que se refere ao aumento da proporção deste grupo etário no total da sua população em contexto da *EU-27* (CE, 2011).

Em Portugal, entre 2001 e 2010, verificou-se um aumento de 2,98% da população em geral (INE, 2011). Contudo, segundo as projeções da população residente entre 2012-2060, revelam que a mesma, em Portugal, tenderá a diminuir até 2060. Prevê-se que a população diminua de 10,5 milhões de pessoas em 2012 para 8,6 milhões em 2060. Para além do declínio populacional, esperam-se alterações da estrutura etária da população, resultando num forte e consistente envelhecimento demográfico. Assim, entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento aumentará de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens. Igualmente, para este período e cenário, o índice de sustentabilidade potencial passa de 340 para 149 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos (INE, 2014).

Será de ter em conta a esperança média de vida aos 65 anos e a esperança média de vida com saúde aos 65 anos, visto que os dados da CE (2011) divulgam que, em 2007, a esperança média de vida aos 65 anos, nas mulheres, encontrava-se em 20,2 anos e o indicador de anos de vida saudável estava em 5,3 anos (Portugal), muito abaixo do Reino Unido (11,5), da Espanha (9,9), da Alemanha (7,5) e da média da *EU-27* (8,9) (CE, 2011).

Com base nestes dados, relativamente a Portugal, vemos que o país apresenta um processo de envelhecimento rápido. Contudo, esse mesmo envelhecimento faz-se com menos saúde do que nos restantes países da UE, tendo os idosos portugueses menos



qualidade de vida do que os congéneres europeus, conduzindo inevitavelmente a mais gastos em saúde. Isto é, vivem mais mas com pior saúde e maior dependência.

Em Portugal, o Alentejo e o Algarve, são duas das regiões com maiores índices de dependência e envelhecimento, mais elevados na primeira, estando acima da média nacional, sendo respetivamente 61 e 179 para o Alentejo e 53 e 132 para o Algarve (INE, 2011).

Na mesma linha, segundo o perfil regional de saúde, Observatório regional de Saúde, ARS (2013), cuja intervenção abrange o Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral e Baixo Alentejo, o que corresponde a uma área total de cerca de 27.330 km<sup>2</sup> e a uma população residente, em 2012, de 501.747 indivíduos, refere esta região como sendo mais envelhecida do que a população do Continente. Os indivíduos de 65 e mais anos na região são cerca de 25% da população, enquanto no Continente este grupo etário situa-se em cerca de 20% (ARS, 2013).

Em relação ao Algarve, segundo o perfil regional de saúde do Algarve, ARS (2015), esta Região de Saúde integra 16 concelhos e abrange uma área de 4.996,8 Km<sup>2</sup>, a que corresponde 5,6% do território de Portugal Continental e refere-nos que, em 2014, abrangia uma população residente de 441.468 habitantes, com cerca de 4,5% da população do Continente (9.869.783 habitantes). Nos Censos de 2011 a população da Região cresceu 14,1%, valor significativamente superior ao crescimento registado no Continente (1,8%) (INE, 2011).

Em 2014, o índice de envelhecimento na Região (135,6) apresenta-se inferior ao do Continente (144,3). Os índices de dependência de Jovens e de Idosos (respetivamente 23,7 e 32,2) registam valores ligeiramente superiores aos verificados para o Continente (21,9 e 30,8) (INE, 2011).

Trata-se de duas regiões claramente envelhecidas sendo na Região do Alentejo onde esta problemática mais claramente se evidencia.

## 1.2-Hospital do Espírito Santo Évora, EPE

Como já foi referido, este relatório foi desenvolvido no serviço de Medicina 1 do Hospital do Espírito Santo Évora. EPE (HESE).

O Hospital de Évora tem uma história de serviço à população alentejana de mais de 500 anos. Nesta janela temporal, assumiu diversos protagonismos e teve várias denominações entre as quais a de Hospital Real, Hospital do Espírito Santo, Hospital da Misericórdia, Hospital Civil e, após o 25 de Abril de 1974, Hospital Distrital de Évora. Recuperou o nome Hospital do Espírito Santo em 1996, sendo Entidade Pública Empresarial desde 2007. Por último, em 2008, este hospital foi classificado como Hospital Central (HESE, 2017).

Atualmente, trata-se de um hospital público, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Região do Alentejo, com assumida missão e valores: a promoção e desenvolvimento da sua atividade orientada para prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo assim padrões elevados de desempenho técnico-científicos, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e difundindo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores (HESE, 2017).

Segundo o HESE (2017), sublinha como valores, o Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, a Cultura da melhor gestão, a Excelência técnica, o Respeito pelas normas ambientais, a Ética, integridade e transparência, a Promoção da qualidade, a Motivação e, por último, o Trabalho de equipa.

Esta Unidade de Saúde encontra-se situada no centro da cidade de Évora, e é constituída por três edifícios: um quinhentista, propriedade da Santa Casa da Misericórdia de Évora, mais antigo, onde funcionam os Serviços Administrativos e de Apoio á Gestão, o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e o Ambulatório do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Conectado ao anterior, de meados da década 70, o edifício designado como do Espírito Santo, onde funcionam a maioria dos serviços de Internamento, os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, (com exceção da Imunohemoterapia), a Urgência Geral e Pediátrica, a Cirurgia de Ambulatório, o

Bloco Operatório, o Núcleo de Exames Especiais, a Unidade de Convalescença, o Serviço de Patologia Clínica e de Imagiologia. Por fim, no denominado edifício do Patrocínio, separado dos anteriores por uma Estrada Nacional, funcionam as Medicinas e a Psiquiatria, os seus respetivos serviços de Internamento, o Serviço de Imunohemoterapia, o Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação, a Neurologia, o Serviço Social e Gabinete do Utente, as Consultas Externas, a Unidade de Radioterapia, a Oncologia, o Arquivo, o Serviço de Gestão de Doentes e a Cozinha. Em edifícios anexos funcionam os Serviços de Nefrologia, de Anatomia Patológica, de Segurança e Saúde no Trabalho, Farmacêuticos e, por fim, a Lavandaria (HESE, 2017).

O HESE apresenta, ainda, uma *“área de influência de primeira linha que abrange 150 mil pessoas, correspondendo ao Distrito de Évora, num total de 14 Concelhos. Em segunda linha abrangerá cerca de 440 mil pessoas, correspondente a toda a região do Alentejo”* (15 do Distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral) (HESE, 2017, p1).

Esta Unidade Hospitalar funciona como Hospital Central. A sua atividade encontra-se centrada no Internamento, Consultas Externas, Urgência, Hospital de Dia (Pediatria e Oncologia), Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Adicionalmente, desenvolve atividade de modo a dar resposta às necessidades da população nas valências de Pneumologia, Neonatologia, Imunoalergologia, Pedopsiquiatria, Hematologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular, Imunohemoterapia, Anatomia Patológica, Nefrologia, Gastroenterologia, Patologia Clínica, Oncologia, Radioterapia e Hemodinâmica, de acordo com documentos da Rede de Referência Hospitalar do SNS (HESE, 2017).

#### 1.2.1- Serviço de Medicina 1

Situado no “Edifício do Patrocínio”, no 6º piso, o Serviço de Medicina 1 tem uma lotação de 29 camas, distribuídas por 11 quartos: 9 com três camas e 2 de uma cama, com casa de banho privativa, designados como quartos de isolamento (HESE, 2017).

Esta Unidade de Internamento é constituída por uma equipa multidisciplinar, isto é, por um Director de Serviço, 7 Médicos, 1 Enfermeiro Responsável, 22 Enfermeiros (sendo 3 destes Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação), 1 Secretária da Unidade e 9 Assistentes Operacionais.

No que respeita à reabilitação, é de referir que o Serviço dispõe de outros profissionais tais como Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta. A intervenção destes depende da solicitação do Médico Fisiatra. A intervenção do Dietista e do Psicólogo pode ser solicitada pela Equipa de Enfermagem. Este Serviço dispõe, como anteriormente descrito, de 3 EEER que prestam cuidados especializados, diariamente, no turno da manhã (8h-16h) e turno da tarde (16h-24h), e encontram-se escalados, normalmente, 1 por cada turno. Contudo, em situações, cada vez mais frequentes, em que exista carência de Enfermeiros Generalistas estes asseguram os cuidados gerais.

O serviço encontra-se dotado de recursos materiais essenciais para o processo de reabilitação, nomeadamente halteres e maca de apoio. Possui ainda material de apoio tais como o elevador hidráulico, dispositivos médicos de mobilização passiva contínua, triângulos de abdução, almofadas de gel, colchões de pressão alternada, sacos de areia, auxiliares de marcha (canadianas e andarilhos fixos), tábuas de transferência, espirómetros de incentivo, calcadeiras e pinças de cabo longo, entre outros (HESE, 2017).

No que se refere aos SI, as atividades desenvolvidas e o seu registo informático é realizado através do sistema Alert ®, que permite consultar o processo clínico eletrónico do utente. A classificação dos utentes é feita recorrendo ao aplicativo do sistema de classificação de doentes (SCDE). É também utilizado o Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento (SGICM).

A maioria dos utentes, devido à sua idade, fragilidade, grau de dependência e necessidade de continuidade de cuidados de reabilitação são posteriormente referenciados para a comunidade, através da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) nas suas diferentes tipologias conforme as suas necessidades, tendo para tal o apoio da equipa de gestão de altas (EGA).

### 1.3- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

O Centro Hospitalar e Universitário do Algarve. EPE (CHUA), onde decorreu o segundo período do estágio final, *“assegura a prestação de cuidados de saúde em toda a extensão da região do Algarve (16 concelhos) a uma população de cerca de 450.000 habitantes, número que pode triplicar na época alta do turismo”* (CHUA, 2017, p1).

Foi criado pelo Decreto-lei n.º 69/2013, de 17 de maio, o Centro Hospitalar do Algarve E.P.E., que resulta da fusão do Hospital de Faro com o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Hospital de Portimão e Hospital de Lagos). Em 2017, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de Agosto, foi alterada a sua denominação para Centro Hospitalar Universitário do Algarve EPE, bem como transferidas para o mesmo as competências da Administração Regional de Saúde do Algarve IP referentes ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMFRS). Sucedeu-lhe o Centro Hospitalar no objeto global de exploração do CMFRS, na manutenção e conservação do edifício e na realização de prestações de cuidados de saúde especializados de medicina física e de reabilitação dirigidos à população da área geográfica dos Distritos de Faro e Beja, podendo ainda prestar cuidados à população de outros distritos do país, desde que tenha capacidade disponível (CHUA, 2017).

O Centro Hospitalar Universitário do Algarve, é constituído por três unidades hospitalares – Faro, Portimão e Lagos – às quais se somam os Serviços de Urgência Básica do Algarve e o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul. É identificado como uma Unidade Hospitalar de referência no SNS, sendo responsável pela prestação de cuidados de saúde diferenciados na região do Algarve, bem como pelo apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde (CHUA, 2017).

O Centro Hospitalar Universitário do Algarve encontra-se vocacionado para garantir *“a equidade e universalidade do acesso aos cuidados de saúde, bem como fomentar o desenvolvimento de atividades de formação e ensino pré, pós-graduado e de investigação, pelo que se justificou necessário abraçar a nova designação de Centro Hospitalar Universitário do Algarve”* (CHUA, 2017, p1).

Apresenta como Valores, o Trabalho em prol do Utente, Trabalho em Equipa, Aposta na Inovação, Gestão Participativa, Orientação para os Resultados e, por fim, revela como Visão *“Consolidar-se como unidade de excelência no sistema de saúde, com competência, saber e experiência, dotada dos mais avançados recursos técnicos e terapêuticos, vocacionada para a garantia da equidade e dos profissionais”* (CHUA 2017,p1).

### 1.3.1- Serviço de Neurocirurgia/ Ortopedia 2

O Serviço de Neurocirurgia/Ortopedia 2 situa-se no 6º piso. Este serviço tem uma lotação de 41 camas, sendo 24 de neurocirurgia. Apresenta como Missão dar resposta às necessidades da população, da área de influência do CHUA, com doenças do foro da Neurocirurgia com uma resposta atempada e de acordo com as boas práticas médicas aceites internacionalmente. As restantes são de Ortopedia, que apresentam a Missão de responder às necessidades da população de influência do Centro Hospitalar no âmbito desta especialidade (CHUA, 2017).

Este Serviço do Hospital do CHUA é constituído por uma equipa multidisciplinar que inclui 1 Director de Serviço, Médicos, 1 Enfermeiro Responsável da Unidade, 31 Enfermeiros dos quais 2 EEER, 1 Secretária da Unidade e 10 Assistentes Operacionais.

No que concerne à reabilitação, é de referir que o serviço dispõe de outros profissionais tais como Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta que apenas intervêm quando solicitados pelo Médico Fisiatra. A intervenção do Dietista e do Psicólogo pode ser solicitada pela Equipa de Enfermagem. Este Serviço dispõe, como anteriormente referido, de 2 EEER que prestam cuidados especializados, diariamente no turno da manhã (8h-16h), normalmente encontra-se escalado 1 por turno. Estes apenas prestam cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação. Excepcionalmente encontram-se de Apoio à Gestão.

O Serviço encontra-se dotado de recursos materiais relevantes para o processo de reabilitação nomeadamente de halteres, espelho e maca de apoio. Possui ainda diverso

material de apoio tais como o elevador hidráulico, dispositivos médicos de mobilização passiva contínua, triângulos de abdução, almofadas de gel, colchões de pressão alternada, sacos de areia, material de ortótese (colares cervicais de diversas medidas, Minerva, colete de Jewett), talas de estabilização do local de fratura (tala de antebraço, tala cruropodálica), material para tração cutânea e esquelética, talas de Brown, auxiliares de marcha (canadianas, e andarilhos fixos), tábuas de transferência, espirómetros de incentivo, calcadeiras e pinças de cabo longo, entre outros (CHUA, 2017).

No que se refere aos SI, as atividades desenvolvidas e o seu registo informático é efectuado através do sistema Sclinico ®, que permite consultar o respetivo processo clínico eletrónico do utente e histórico de saúde por via da plataforma PDS ®. Para a classificação dos utentes recorrem ao aplicativo do sistema de classificação de doentes (SCDE). É também utilizado o Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento (SGICM).

Tendo em conta a idade, a fragilidade, o grau de dependência e a necessidade de continuidade de cuidados de reabilitação, os utentes são posteriormente referenciados, por meio da RNCCI, para a comunidade nas suas diferentes tipologias e conforme as suas necessidades.

## 2- ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

### 2.1- Cuidados de Enfermagem Especializados de Reabilitação

A realidade dos dados descritos anteriormente sobre o envelhecimento da população apelam à necessidade de reconsiderar os cuidados de saúde de forma global, em particular os cuidados de enfermagem e, de modo especial e singular, os cuidados de enfermagem de reabilitação. Segundo OE (2010), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem o desígnio de cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, na centralidade de todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa portadora de deficiência, limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010).

Tem assim um elevado impacto direto, quer na funcionalidade quer na capacidade de gestão do défice de autocuidado, dado que o envelhecimento conduz, inevitavelmente, a um aumento de população com diminuição da sua capacidade funcional e, conseqüentemente, a um défice de autocuidado (Chang et al., 2007; Krichbaum, 2007; Poslawsky, 2010; Sidani, 2008; Poochikian-Sarkissian, 2008; Fealy et al., 2009; Gouveia et al., 2016).

Afigurando-se assim a profissão de enfermagem aquela que, no seio do SNS, e no exercício da sua práxis, mais convive e lida com estes utentes, posicionando-se esta na primeira linha de resposta às necessidades deste grupo populacional através de diagnóstico, intervenções, modelos/estratégias de enfermagem, de modo a dar resposta sustentável às necessidades de autocuidado do mesmo.

A OMS apresenta a estrutura conceptual para Serviços Integrados de Saúde centrados na pessoa, onde os conceitos centrais são a responsabilidade mútua, os cuidados centrados nos cidadãos (organizado em torno das necessidades e expectativas de saúde das pessoas invés da doença), cuidados centrados na pessoa, saúde da população (OMS, 2016). Entre os objetivos estratégicos, encontra-se, a criação de ambiente propício ao desenvolvimento em saúde que, como opções e intervenções políticas, se encontra descrito a garantia da qualidade e melhoria contínua da qualidade (OMS, 2016).



Nas últimas décadas, o conceito de qualidade tem-se valorizado na prestação de bens e serviços. Em todas as atividades que prestam serviços das mais variadas formas, os clientes procuram sempre os produtos de excelência e com isso garantirem o melhor atendimento ou a aquisição do melhor produto. Assim sendo, torna-se imperativo que as empresas e organizações implementem a qualidade como um pilar da sua atuação. (Lopes, 2014).

Desta forma, a garantia da qualidade, pode ser interpretada como uma garantia formal do grau de excelência ou seja, o elemento que assegura aos utentes e profissionais a prestação de um bom nível de cuidados na saúde (Sale, 1998).

Antes de referimos qualidade em saúde é importante definir o conceito Saúde, que se trata de um termo basilar e sempre presente em qualquer profissional de saúde e no objeto do seu cuidar que é a pessoa (Campos et al., 2010).

Atualmente, a definição de saúde que prevalece, é a da OMS: “saúde é um estado de completo bem-estar físico mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946, p1).

Tendo como base este princípio, a OE declara que “saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo. Portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo, toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultura” (OE, 2001, p6).

Em saúde a definição de qualidade depende sempre da perspectiva e valores de quem a define (Campos et al., 2010).

A Direcção Geral de Saúde (2015), através do despacho nº 5613/2015 onde cria a estratégia nacional para a qualidade em saúde 2015-2020, preconiza a qualidade em saúde, “como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e

*satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”* (DGS, 2015, p5).

Por outro lado, qualquer contexto económico e financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde. Assim, a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do Sistema de Saúde Português (DGS, 2015).

Segundo Ribeiro et al., (2008), atualmente existe um crescimento das expectativas e das exigências dos cidadãos, e consequente aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde, com atenções centradas nos resultados e no uso adequado dos recursos disponíveis. Em consequência, as metodologias de melhoria contínua de qualidade apresentam-se como um pilar essencial, revelando-se como uma necessidade e exigência na perspectiva dos vários intervenientes.

Sendo por isso, como nos indica o mesmo autor, muitos os fatores que influenciam a qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente técnicos, financeiros, económicos, sociais e éticos. Como tal, é fundamental a existência de meios para assegurar que os cuidados são adequados, respondem às necessidades das pessoas e famílias, coordenados e integrados com vista à garantia de qualidade (Ribeiro et al., 2008).

Nesta mesma linha de pensamento, a OE (2015), através do PQCEER (Core de indicadores por categoria de enunciados descritos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação), contribui para a melhoria contínua quer da qualidade dos cuidados prestados, quer da melhoria do exercício profissional destes profissionais altamente qualificados no contexto da saúde da população (OE, 2015).

O PQCEER (OE, 2015) estabelece os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação que permitem monitorizar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, nas suas competências específicas, e são estes mesmos resultados que nos permitem avaliar o estado, comportamento ou

percepção, de forma mensurável, de um utente ou do seu cuidador (Sue et al., 2010), fortemente influenciado pelas intervenções de enfermagem.

Estes indicadores foram publicados pela OE (2011), tendo como objetivo a permanente procura da excelência do exercício profissional do EEER, isto é, a **Satisfação do cliente**. O EEER procura os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, não podendo deixar de ter em conta o respeito pela autonomia da pessoa, o reforço positivo e elogio, bem como a análise e discussão do processo de cuidados com o cliente e pessoas significativas (Chang et al., 2007; Sidani, 2008; Poochikian-Sarkissian, 2008).

No que concerne à **Promoção da Saúde** o EEER auxilia o cliente de modo a atingir o máximo potencial de saúde, tendo sempre em conta a identificação das barreiras arquitectónicas que influenciam a acessibilidade e participação social e o exercício pleno de cidadania, a cooperação com estruturas da comunidade, de modo a visar a promoção de um ambiente seguro, a concepção e desenvolvimento de planos e programas que maximizam as capacidades funcionais da pessoa e a promoção de medidas que permitam prevenir a deficiência ou minimizar o seu impacto (OE, 2011).

Ao nível da **Prevenção de Complicações**, o EEER, promove a prevenção de complicações para a sua saúde, tendo em conta a identificação precoce dos riscos das alterações da funcionalidade que traduzem restrições ao nível da atividade e incapacidades. Também, prescreve intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação, servido de um plano que tem como objetivo a redução do risco de alteração da funcionalidade de forma global. Promove a referenciação de situações problemáticas identificadas para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados de reabilitação, supervisiona as atividades que materializam as intervenções de enfermagem de reabilitação no sentido da manutenção da continuidade de cuidados, de forma que as mesmas sejam passíveis de serem delegadas ao Enfermeiro de Cuidados Gerais ou outros profissionais.

O que vai ao encontro dos resultados dos estudos apresentados por Gouveia et al., (2016) e Sidani (2008).

Quanto ao **Bem-Estar e autocuidado**, o EEER procura suplementar/completar as atividades de vida do cliente, visando a máxima independência e procurando maximizar

o seu bem-estar. F  -lo atrav  s da identifica  o precoce dos problemas reais ou potenciais, da defini  o de estrat  gias a implementar, da an  lise dos resultados esperados, das metas e reflex  o, em conjunto com o cliente e pessoas significativas, de modo a promover a autonomia e qualidade de vida. Igualmente atrav  s da prescri  o de interven  es, de forma a reeducar ou otimizar a fun  o de forma global, selec  o e prescri  o de produtos de apoio, ensino e supervis  o da utiliza  o dos mesmos, instru  o e treino do cliente e pessoas significativas sobre t  cnicas que visam a promo  o do autocuidado e continuidade de cuidados nos diferentes contextos (Krichbaum, 2007; Fealy et al., 2009; Poochikian-Sarkissian, 2008; Sidani, 2008; Perry et al., 2012).

A **Readapta  o funcional** onde o profissional, relativamente aos problemas de sa  de revelados pelo cliente, em conjunto com o mesmo, desenvolve eficazes processos de adapta  o usando componentes de elevada import  ncia como o planeamento das interven  es de enfermagem de reabilita  o para a readapta  o ao domic  lio, otimizando os recursos existentes, maximizando as capacidades funcionais, promovendo o envolvimento do cliente e pessoas significativas no processo de cuidados (Chang et al., 2007; Krichbaum, 2007; Poslawsky, 2010; Sidani, 2008; Poochikian-Sarkissian, 2008; Fealy et al., 2009; Gouveia et al., 2016).

Na **Reeduca  o funcional**, o enfermeiro especialista, tendo em conta a qualidade de vida e a reintegra  o e participa  o na sociedade, em conjunto com o cliente, desenvolve processos de reeduca  o funcional usando a identifica  o das necessidades individuais da pessoa no que concerne    funcionalidade, avalia  o de aspetos psicossociais que influenciam os processos adaptativos e de transi  o sa  de/doen  a na mesma direc  o que os estudos de Chang et al., (2007), Krichbaum (2007), Poslawsky (2010), Sidani (2008), Poochikian-Sarkissian (2008), Fealy et al., (2009) e Gouveia et al., (2016).

No que se refere    **Promo  o da inclus  o social**, promove a inclus  o social das pessoas com defici  ncia recorrendo    identifica  o de situa  es de conduzam    estigmatiza  o da pessoa com defici  ncia e seus pares, a capacita  o da comunidade para o respeito e integra  o da pessoa com defici  ncia, a optimiza  o dos recursos do cliente, fam  lia e

comunidade, de forma a promover a inclusão e participação ativa na comunidade, adoção de estratégias de discriminação positiva (OE, 2011).

Por último, a **Organização dos cuidados de enfermagem de reabilitação**, contribui para a organização dos cuidados de enfermagem tendo em vista a máxima eficácia, através de um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem de reabilitação, de um sistema de melhoria contínua, de um sistema de registos que englobe diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, em conformidade com os estudos realizados por Shah et al., (2013), Poochikian-Sarkissian (2008) e Fealy et al., (2009).

#### 2.1.2- Dependência no autocuidado: problemática central no processo dos cuidados de enfermagem de Reabilitação

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Autocuidado é definido como a *“atividade exercida pelo próprio. Tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* (CIPE, 2011, p41).

O conceito foi introduzido em 1959 por Orem, desenvolvendo um modelo de autocuidado que serviu de suporte para novas teorias de médio alcance. Essas teorias foram aplicadas em múltiplos estudos que descrevem as práticas de autocuidado, os quais identificam fatores que influenciam o autocuidado e o respetivo efeito das intervenções de enfermagem no mesmo (Fonseca, 2013).

Dorothea Orem, em 2001, define o autocuidado como sendo a prática de atividades que uma pessoa inicia e realiza por si própria de modo a manter a sua vida, saúde e bem-estar. Acrescenta que o autocuidado é um comportamento aprendido e que resulta de experiências cognitivas, culturais e sociais. Este conceito, para a mesma autora, é definido por duas concepções distintas, ainda que correlacionadas, o agente de autocuidado e o comportamento de autocuidado (Orem, 2001).

Para Orem, o agente de autocuidado consiste na capacidade da pessoa desenvolver comportamento de autocuidado, que abrange diversos domínios, tais como: o cognitivo, físico, emocional ou psicossocial e o comportamental (Orem, 2001). O comportamento de autocuidado abrange a prática de atividades que a pessoa, do seu próprio interesse da manutenção vital, da continuidade do desenvolvimento pessoal e do bem-estar desenvolve num determinado período de tempo (Orem, 2001).

Nesta esta última concepção e todos os conceitos que abrangem, estão definidos em relação a requisitos dos desvios de saúde, de desenvolvimento e a requisitos universais. Relatados como sendo, os requisitos dos desvios de saúde aqueles estão ligados com os cuidados de saúde apropriados, como vigilância de saúde, procura de cuidados de saúde de acordo com as necessidades sentidas (Orem, 2001). Os requisitos de desenvolvimento assentam-se nas mudanças do ciclo vital. Por últimos os requisitos universais decaem sobre os processos básicos de vida (Orem, 2001).

Para Hohdorf (2010) e Renpenning et al., (2011), o autocuidado é identificado como sendo resultado sensível aos cuidados de enfermagem. Na mesma linha, é mencionado e utilizado como indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem pela OE (2011).

Para Fonseca (2013), o autocuidado refere-se, à capacidade percecionada pela pessoa para desenvolver comportamentos de autocuidado, bem como a *performance* da mesma em ações ou comportamentos que tenham como objetivo a promoção e a manutenção da saúde, a gestão ou das mudanças nas funções corporais e a prevenção da doença ou tratamento da doença. Segundo o mesmo autor, estas mesmas ações específicas variam em função do propósito, da população alvo e contextos da prestação de cuidados (Fonseca, 2013).

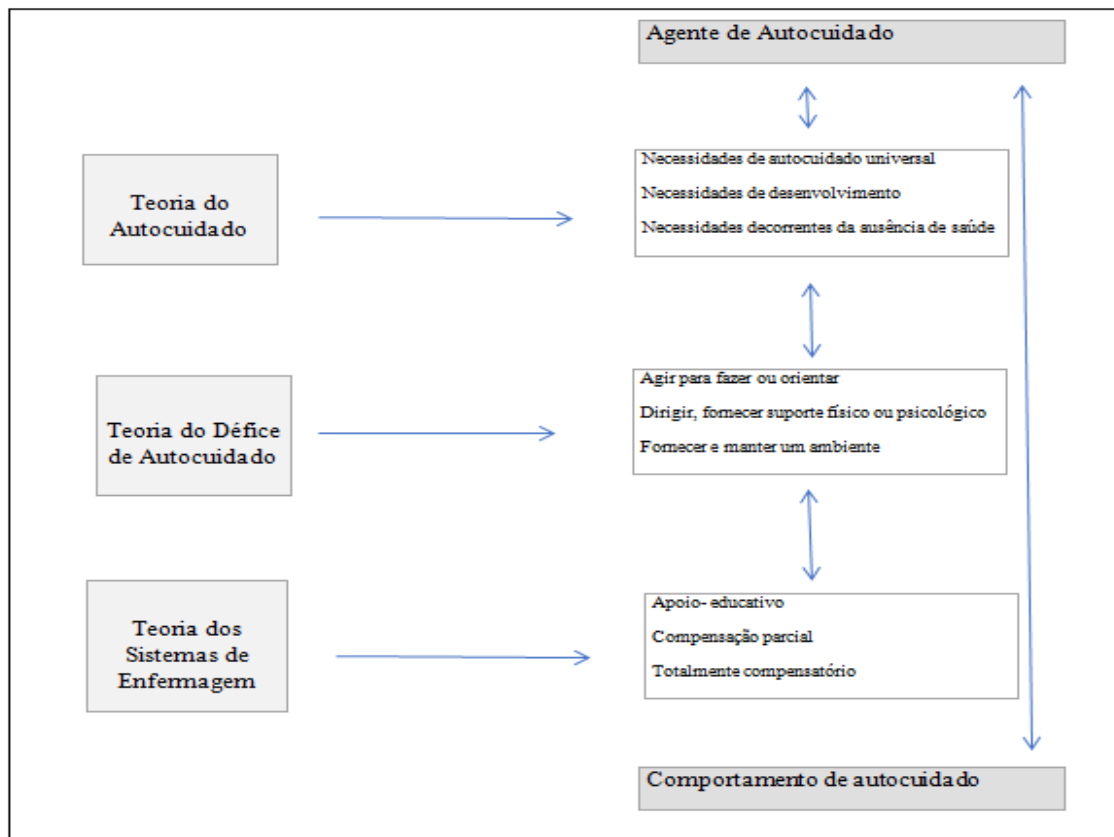
Segundo Couto (2012), a enfermagem é definida segundo o modelo de Autocuidado de Orem, como um *serviço* especializado que se distingue de outros, pois apresenta, cujo foco de atenção incide nas pessoas com incapacidade para continuar a cuidar de si próprias.

O Modelo de Autocuidado proposto por Orem em 2001 descreve os níveis de cuidados de enfermagem necessários para satisfazer as necessidades de autocuidado das pessoas

ao longo do seu ciclo vital. Sendo assim, o autocuidado constitui o foco e finalidade dos cuidados de enfermagem, servindo como base e fundamentação teórica “*para todas as intervenções que visem colmatar as necessidades de autocuidado*” (Fonseca, 2013, p46).

Este modelo engloba três teorias de enfermagem. A **Teoria do autocuidado**, que divide as necessidades de autocuidado em Necessidades recorrentes da ausência de saúde (recuperação de um tratamento cirúrgico, traumatismo ou AVC), necessidades de desenvolvimento (adaptação às mudanças de vida, como a aquisição de um emprego ou o envolvimento emocional) e necessidade de autocuidado universal (atividades de vida diária, comer, tomar banho, dormir e interagir com os outros). A **Teoria dos sistemas de Enfermagem**, que identifica intervenções de enfermagem com vista à recuperação do autocuidado, como sendo, apoio-educativo, compensação parcial e totalmente compensatório. Por último a **Teoria do déficit de Autocuidado**, que identifica agir para fazer ou para orientar, dirigir, fornecer suporte físico ou psicológico e fornecer e manter um ambiente com métodos/estratégias de enfermagem tendo em vista ajudar os utentes e dar respostas às suas necessidades (Schub, 2012; Graham, 2006).

Figura 1 – Modelo de autocuidado de Orem (2001)



### 2.1.3 - Revisão Sistemática da Literatura

Para abordar a problemática do autocuidado na população idosa, considera-se fulcral definir o que são resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de modo a se conseguir identificar indicadores de enfermagem. Passemos a definir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e, de seguida, a apresentar a revisão sistemática que permitiu identificar os indicadores que serviram de base ao estudo de caso.

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem produzem-se na mesma linha da estrutura de qualidade descrita por Donabedian (2005) cujos componentes da sua estrutura são, em substância, a relação entre os fatores da pessoa (idade, género, literacia, tipo e adversidade da doença e respetivas comorbilidades), dos profissionais de enfermagem (nível de ensino, experiência, rácios, organização e carga de trabalho) e da organização.



Nesta lógica, os resultados afiguram-se os que resultam diretamente da prestação de cuidados de enfermagem individualizados e direcionados para as necessidades das pessoas/grupo, onde consubstanciam factores, quer de experiência e organizacionais, quer de conhecimento científico, nos seus determinantes de saúde. Sendo que os mesmos, na sua essencialidade e de forma direta, resultam num impacto no autocuidado, estado funcional, controle sintomático, segurança/ocorrências adversas, bem como na satisfação da pessoa singular alvo dos cuidados.

**OBJETIVO:** Identificar os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, em pessoas com 65 e mais anos, com deficit de autocuidado.

**METODOLOGIA:** Construiu-se uma Revisão Sistemática da Literatura, optou-se pela metodologia PICO, tendo esta como propósito decompor e organizar um problema, com o qual o profissional se depare no exercício da sua prática clínica diária. A metodologia PICO consiste em: Patient (Utente), Intervention (intervenção), Comparison (comparação) e Outcome (Resultado) e utiliza estes quatro elementos para responder, de forma sustentável, à questão que necessita de pesquisa de evidência (Santos et al., 2007), tendo para o efeito sido definida a seguinte questão de partida PICO: Em pessoas com 65 e mais anos, com deficit de autocuidado (P) quais os indicadores sensíveis (O), aos cuidados de enfermagem de reabilitação (I)?

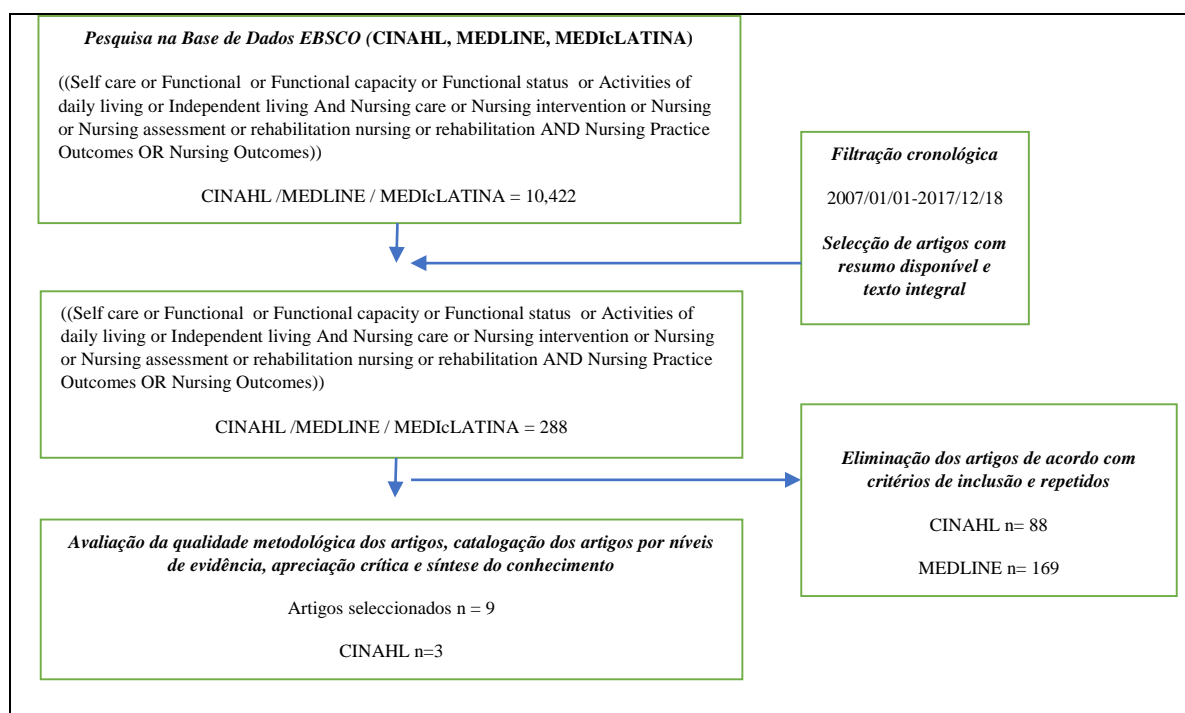
Procedeu-se a uma pesquisa em base de dados eletrónica, nomeadamente na EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text; MedicLatina). As palavras-chave orientadoras utilizadas foram previamente validadas pelos descritores da *United States National Library of National Institutes of Health* e na plataforma MeSh (Medical Subjects Headings) Browser (MESH, 2016) com a seguinte orientação: (Self care or Functional or Functional capacity or Functional status or Activities of daily living or Independent living And Nursing care or Nursing intervention or Nursing or Nursing assessment or rehabilitation nursing or rehabilitation AND Nursing Practice Outcomes OR Nursing Outcomes).

As palavras-chave orientadoras foram procuradas em texto integral no período de tempo entre 2007 e Dezembro de 2017, tendo resultado em 288 artigos. Considera-se que as revisões sistemáticas da literatura devem ter em conta a evidência dos últimos 5 anos.

Contudo, foi considerado o período temporal de 10 anos devido à relevância dos primeiros estudos sobre a temática em questão serem de 2007.

Como critérios de inclusão aplicados usamos: artigos com ênfase na problemática dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem em relação ao déficit de auto cuidado, com recurso a metodologia qualitativa, quantitativa, estudos de caso e revisão sistemática da literatura, que reflectissem os resultados sensíveis aos mesmos. Os critérios de exclusão incluíam todos os artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas três bases de dados, com data anterior a 2007, sem relação com o objeto de estudo, ou que não descrevessem a intervenção de cuidados de enfermagem a pessoas com 65 e mais anos. O percurso efectuado encontra-se resumido na Figura 2.

Figura 2 – Protocolo de pesquisa e selecção de artigos



Pesquisa efectuada a 18 de Dezembro de 2017 pelas 11h33m.

**APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS:** De modo a conferir uma análise sustentável, segue-se a listagem dos 9 artigos seleccionados que constituíram a base para a elaboração da discussão e respectivas conclusões (Tabela 1).

Tabela 1 – Resumo dos artigos selecionados

Autor	Objetivos	Resultados
<p>Autor: Perry et al., (2012)</p> <p>Metodologia: Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>Participantes: 5 ensaios clínicos randomizados, 5 ensaios clínicos, 6 Quasi Experimentais, 4 estudos de caso e 6 estudos qualitativos.</p>	<p>Identificar intervenções de enfermagem destinadas a melhorar o estado nutricional e os resultados de sobreviventes de AVC e avaliar os resultados de intervenções de enfermagem sobre os resultados relacionados à nutrição, incluindo ingestão dietética, estado funcional, complicações, atividades de vida diária, mortalidade e qualidade de vida para sobreviventes de AVC.</p>	<p>Esta revisão indicou os indicadores de cuidados de enfermagem ao nível de nutrição, fornecendo a estrutura para futuras pesquisas. Foi descrito para enfermagem um papel de suporte, educacional e funcional na área da nutrição, contudo com pouca evidência científica, mas com qualidade suficiente para servir de suporte para desenvolvimento de novas políticas e práticas. Revelou que o cuidado nutricional como um elemento essencial mas pouco reconhecido nos cuidados de enfermagem na pessoa com AVC.</p>
<p>Autor: Chang et al., (2007)</p> <p>Metodologia: estudos não experimentais</p> <p>Participantes: 348 pessoas com 65 e mais anos e 112 enfermeiros.</p>	<p>Avaliar a eficácia dos modelos de cuidados de enfermagem, através de um programa de intervenção estruturada, a pessoas em lares de idosos e serviço de internamento.</p>	<p>Os resultados revelam que os modelos de cuidado desenvolvido por enfermeiros, com base numa metodologia de investigação centrada na evidência, demonstram o aumento da independência funcional e satisfação da pessoa.</p>
<p>Autor: Shah et al., (2013)</p> <p>Metodologia: Estudo de corte</p> <p>Participantes: Registos electrónicos de 2041 pessoas com diagnóstico de AVC e submetidas a programa de reabilitação.</p>	<p>Facilitar a avaliação do programa de registo de cuidados em instalações de enfermagem especializada usando atividades de vida diária para quantificar a produtividade, para fornecer consistência na gestão de dados e para estabelecer um estudo de avaliação de resultados de reabilitação de pessoas com AVC.</p>	<p>Verificou-se a eficiência, evidenciada pela prática de cuidados em instalações de enfermagem especializada (SNF), neste estudo revela melhoria em função de 1,09 pontos diários no Indicador de (Barthel) (Siqueira, 2007) Modificado. Revela-se que a eficácia e a eficiência do resultado para a reabilitação do SNF são superiores, apesar de o SNF receber financiamento menor do que a reabilitação médica abrangente tanto de reabilitação aguda e sub-aguda. A introdução de mecanismos de controlo de qualidade, para registos e maior abrangência de detalhes demográficos teriam de ser incorporados para garantir mais precisão e melhorar integridade dos dados de resultados. Estes, por sua vez, facilitariam a avaliação funcional de modo mais abrangente, planeamento, dados comparativos, resultados, e melhor toma de decisão clínica.</p> <p>A eficiência da reabilitação foi de <math>1,09 \pm 1,1</math> pontos de melhora no score da escala de (Barthel) (Siqueira, 2007) Modificado por dia. O grau de eficácia da intervenção de reabilitação foi de <math>48,03 \pm 31,90\%</math>.</p>
<p>Autor: Krichbaum (2007)</p> <p>Metodologia: Experimental</p> <p>Participantes: Grupo de Intervenção 13; Grupo de Controlo 10. Pessoas com 65 e mais anos de idade com fratura do colo do fémur.</p>	<p>Verificar a eficácia de modelo de intervenção de cuidados de enfermagem, na melhoria da funcionalidade e saúde, das pessoas com alta com diagnóstico de fratura do colo do fémur.</p>	<p>Revelou melhoria após 12 meses no grupo de intervenção, na realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diárias. Grupo Experimental - Mean: 1,41; SD: 0,32; Total: 13. Grupo Controlo - Mean: 1,22; SD: 0,53; Total: 10.</p>
<p>Autor: Gouveia et al., (2016)</p> <p>Metodologia: Estudo randomizado Controlado (RCT)</p> <p>Participantes: Grupo de Intervenção 27; Grupo de Controlo 25. Pessoas entre os 65 – 85 anos de idade na comunidade e com problemas de equilíbrio.</p>	<p>Este estudo tem como objetivo avaliar o efeito do Programa ProBalance (Um programa de enfermagem de reabilitação, que inclui treino de marcha, de equilíbrio, treino funcional, fortalecimento, flexibilidade e treino em 3D) aplicado por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a pessoas idosas que vivem na comunidade.</p>	<p>Verificou se scores mais altos na escala de FAB (Fullerton Advanced Balance scale), para o grupo de intervenção, com aumentos significativos do pré-teste para o pós-teste, em comparação com o grupo de controlo, o que mostrou uma diminuição significativa. Este estudo demonstrou a eficácia do ProBalance em melhorar o equilíbrio e reduzir o risco de queda de pessoas idosas com défice de equilíbrio, imediatamente após a intervenção, contudo observou-se um declínio no equilíbrio no grupo de</p>

Autor	Objetivos	Resultados
		intervenção após um período sem intervenção.
Autor: Poslawsky (2010) Metodologia: Revisão Sistemática Participantes: 7 revisões sistemáticas de literatura e 17 estudos de vários desenhos.	Verificar o que a evidência revela sobre os cuidados de enfermagem, relativamente à reabilitação de pacientes com AVC com afasia.	A enfermagem na sua prática dá contributos relevantes na reabilitação da pessoa com afasia vítima de AVC. O iniciar de exercícios de <i>speech-language</i> , depende de uma prévia detecção precoce da afasia, esta poderá aumentar com o uso de instrumento de triagem pela equipa de enfermagem. Verificou-se uma melhoria relevante na funcionalidade relativa à linguagem.
Autor: Sidani (2008) Metodologia: Experimental Participantes: Grupo de Intervenção 320; Grupo de Controlo 320. Pessoas em unidade de cuidados médicos e cirúrgicos.	Identificar de que modo os cuidados de enfermagem individualizados têm efeitos nas pessoas ao nível do autocuidado, funcionalidade e satisfação com os cuidados.	A consciência das pessoas sobre a gestão de casos foi de moderada a elevada, por valorizarem as suas necessidades, problemas de saúde, de acordo com as suas preferências. A participação nos cuidados foi de forma moderada, sendo associado um maior nível de satisfação com o internamento. As pessoas descreveram um nível moderado quer de capacidade de autocuidado quer de sentimento de autocontrolo. Grupo Experimental - Mean: 30,1; SD: 20,1; Total: 320. Grupo Controlo - Mean: 15,7 SD: 20,5; Total: 320.
Autor: Poochikian-Sarkissian et al., (2008) Metodologia: Experimental Participantes: Grupo de Intervenção 14; Grupo de Controlo 14.	Modelo assistencial segundo as necessidades e preferências da pessoa, com incentivo a ser parte activa nos cuidados, educação, aconselhamento e gestão do seu caso.	O sentimento das pessoas sobre a gestão de caso foi de moderada a elevada, pois estas valorizam as suas necessidades, problemas de saúde, de acordo com suas preferências. As pessoas descreveram um maior nível de capacidade de autocuidado e de sentimento de autocontrolo. Grupo Experimental - Mean: 2,1; SD: 0,7; Total: 14. Grupo Controlo - Mean: 1,9; SD: 0,6; Total: 14.
Autor: Fealy et al., (2009) Metodologia: Revisão Sistemática da Literatura (1992-2008) Participantes: RCT (7), Quasi Experimentais (4)	Relatar as intervenções de enfermagem e sua eficácia dirigidas a pessoas com mais de 65 anos de idade.	As intervenções de enfermagem, respetiva avaliação e consequente reencaminhamento, demonstraram eficácia na redução do recurso ao uso dos serviços e melhoria da funcionalidade, das pessoas.

Análise dos artigos incluídos na revisão sistemática de literatura, Portugal, Janeiro de 2007/Dezembro de 2017

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Perry et al., (2012) apresenta-nos os indicadores de cuidados de enfermagem ao nível de nutrição, disponibilizando a estrutura para futuras pesquisas. Foi descrito para a enfermagem um papel de suporte, educacional e funcional na área da nutrição com pouca evidência científica, mas com qualidade suficiente para servir de suporte para desenvolvimento de novas políticas e práticas. Revelou o cuidado nutricional como um elemento essencial mas pouco reconhecido nos cuidados de enfermagem na pessoa com AVC.

Chang et al. (2007) revela-nos que os modelos de cuidado desenvolvido por enfermeiros, com base na metodologia de investigação centrada na evidência, apresentam um aumento da independência funcional (Krichbaum, 2007; Poslawsky, 2010; Sidani, 2008; Poochikian-Sarkissian, 2008; Fealy et al., 2009; Gouveia et al., 2016), da autonomia nas atividades de vida diárias, do conhecimento do regime terapêutico e da satisfação da pessoa (Sidani, 2008; Poochikian-Sarkissian, 2008), com recurso a um programa de intervenção estruturado.

Shah et al. (2013) procedeu à análise dos registos informáticos de centros de enfermagem especializados, onde foi introduzido o índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) modificado. Esta informatização permitiu quantificar os ganhos em reabilitação das pessoas com diagnóstico de AVC, por forma a promover a avaliação funcional de modo mais abrangente, o planeamento, a comparação de dados, avaliação de resultados e consequente melhoria na tomada de decisão clínica. Revelou assim maior eficiência e eficácia dos cuidados prestados, comparativamente a outros centros em que os registos do índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) modificado não estão informatizados.

Krichbaum (2007) observou a eficácia de um modelo de intervenção dos cuidados de enfermagem na melhoria da funcionalidade e saúde junto de pessoas em contexto domiciliário. Verificou melhorias ao nível do grau de autonomia nas atividades de vida diárias e atividades instrumentais de vida diária no grupo de intervenção (Chang et al., 2007; Poslawsky, 2010; Sidani, 2008; Poochikian-Sarkissian, 2008; Fealy et al., 2009; Gouveia et al., 2016).

Gouveia et al., (2016) no âmbito de um estudo no qual um grupo de 27 pessoas idosas em contexto domiciliário foi submetido a um programa específico de reabilitação, concluem pela eficácia do mesmo em melhorar o equilíbrio e reduzir o risco de queda de pessoas idosas com défice de equilíbrio, imediatamente após a intervenção (Sidani, 2008). O mesmo revela também que, após um período sem intervenção houve regressão no equilíbrio e consequente aumento do risco de queda, demonstrando assim a pertinência do programa em contexto domiciliário.

Poslawsky (2010) concluiu que o uso de instrumento de triagem pela equipa de enfermagem pode aumentar a detecção precoce de afasia, uma condição prévia para

iniciar os exercícios de *speech-language*, revelando uma melhoria significativa na funcionalidade ao nível da linguagem.

Sidani (2008) determinou que os cuidados de enfermagem individualizada na pessoa ao nível da funcionalidade têm efeitos benéficos relativamente à satisfação com os cuidados (Chang et al., 2007; Krichbaum, 2007; Poslawsky, 2010; Poochikian-Sarkissian, 2008; Fealy et al., 2009; Gouveia et al., 2016), autocuidado e funcionalidade (Chang et al., 2007; Poochikian-Sarkissian, 2008).

Poochikian-Sarkissian et al., (2008) verificou que, seguindo um modelo assistencial centrado na pessoa, nas suas necessidades e preferências, promovendo a sua participação ativa nos cuidados, educação, aconselhamento e gestão do seu caso, a percepção das pessoas, ao nível de capacidade de autocuidado e de sentimento de autocontrolo, foi de moderada a elevada, por terem sido tidos em conta as suas necessidades, problemas de saúde e preferências.

Revelaram assim, com o internamento, uma maior de capacidade de autocuidado (Krichbaum, 2007; Fealy et al., 2009; Sidani, 2008; Perry et al., 2012), de sentimento de autocontrolo e um elevado nível de satisfação (Chang et al., 2007; Sidani, 2008).

Fealy et al., (2009), verificou que as intervenções de enfermagem, respetiva avaliação e consequente reencaminhamento, demonstraram eficácia na redução do recurso ao uso dos serviços (Shah et al., 2013; Poochikian-Sarkissian, 2008), melhoria da funcionalidade (Chang et al., 2007; Krichbaum, 2007; Poslawsky, 2010; Sidani, 2008; Poochikian-Sarkissian, 2008; Gouveia et al., 2016) e, consequentemente, no autocuidado das pessoas.

Em síntese, podemos referir que os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem são observados a partir da intervenção estruturada dos mesmos, bem como da sua avaliação e registo, sendo referidos o aumento: do estado funcional, do estado nutricional, do controlo sintomático, da segurança, da satisfação da pessoa, da diminuição dos custos em saúde, da gestão do regime terapêutico e da qualidade de vida, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2 – Indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem

Indicadores	Autores
Estado funcional	Chang et al., (2007); Krichbaum (2007); Poslawsky (2010); Sidani (2008); Poochikian-Sarkissian (2008); Fealy et al., (2009); Gouveia et al.,(2016)
Estado nutricional	Perry et al., (2012)
Controle sintomático	Sidani (2008); Gouveia et al., (2016)
Segurança	Gouveia et al., (2016); Sidani (2008)
Satisfação da pessoa	Chang et al.,(2007); Sidani (2008); Poochikian-Sarkissian (2008)
Diminuição dos custos em saúde	Shah et al., (2013); Poochikian-Sarkissian (2008); Fealy et al., (2009)
Gestão do regime terapêutico	Chang et al., (2007)
Qualidade de vida	Krichbaum (2007); Fealy et al., (2009); Poochikian-Sarkissian (2008); Sidani (2008); Perry et al., (2012)

**CONCLUSÃO:** Como nos revelam os dados apresentados, após a avaliação dos artigos que constituem esta revisão sistemática da literatura, as intervenções estruturadas dos cuidados de enfermagem em pessoas com 65 e mais anos de idade em relação ao défice de autocuidado, apresentam como variáveis: o autocuidado, o estado funcional, estado nutricional, segurança, satisfação da pessoa, controlo sintomático, utilização dos serviços de saúde, gestão do regime terapêutico e qualidade de vida.

Concluimos também, à luz do descrito anteriormente, a necessidade de estudar o impacto da enfermagem de reabilitação no autocuidado em função da idade, sexo e literacia das pessoas com 65 ou mais de idade, relativamente a atividades de vida diária (alimentação, banho, rotinas, vestir-se, controlo intestinal, controlo vesical, uso da casa de banho, transferência, mobilidade e escadas). E, igualmente, por outro lado, as funções do corpo (consciência, orientação, atenção, memória, emoções, cognição de nível superior, dor, respiração, defecação), a estrutura do corpo (estruturas das áreas da pele), as atividades de participação (realizar rotina diária, comunicar, falar, conversação, mudar a posição básica do corpo, manter a posição do corpo, utilização do braço e mão, andar, deslocar-se com equipamento, lavar-se, cuidar de partes do corpo, vestir-se, comer, beber) e a fatores ambientais (família próxima, amigos).

## 2.2- Objetivos

Nesta linha de pensamento apresentamos como objetivos:

Avaliar a funcionalidade das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar; Adquirir competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em pessoas com défice de autocuidado e Definir ganhos ao nível do autocuidado das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar, de modo a responder ao objeto de estudo/ pergunta de partida sendo estes os objetivos específicos.

### 2.3- Metodologia

Neste relatório desenvolvemos uma metodologia de cuidado enquadrada na teoria de médio alcance de Lopes (2006). Realizamos o processo de avaliação diagnóstica onde procedemos à recolha de dados, reavaliação do processo e respetivo acompanhamento da prestação de cuidados e, estabelecemos um processo de intervenção terapêutica em enfermagem, procedendo-se à gestão simultânea de sentimentos e informação. Sem descurar o que o referido autor descreve como sendo o processo da relação, que engloba as etapas de Princípio da relação, onde a entrevista de admissão é fulcral, onde se desenvolve principalmente o denominado processo de avaliação diagnóstica, onde o corpo da relação é constituído pelo já descrito "Processo de intervenção terapêutica de enfermagem" e, por último, o chamado Fim da relação. Segundo Lopes (2006) a fase de fronteira inicial é mais indefinida, sendo a fase de fronteira final mais definida. Isto é, quando o plano de intervenção termina impõe-se o fim desta relação enfermeiro-utente (Lopes, 2006).

Como refere o REPE (1996), procedemos à identificação dos problemas de enfermagem na pessoa, à recolha e apreciação de dados, formulando o diagnóstico de enfermagem, elaboração e realização do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, à avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções e, por último, à avaliação final, verificando os resultados das intervenções através dos instrumentos de avaliação e registos efetuados.

Na mesma linha de pensamento e de modo a podermos ter em conta todas as variáveis, a complexidade da temática em estudo, a complexidade de um processo de reabilitação, do material recolhido através de notas de campo, relatos de experiências, tendo como ponto de partida os objetivos definidos e de forma a colher os dados necessários a



responder à pergunta de partida, usando os instrumentos e meios selecionados, optamos por escolher a metodologia de modelo de estudo de caso de Robert Yin (2003).

Em investigação podemos optar por diversos métodos de pesquisa, entre os quais se destacam os que se enquadram no método quantitativo que, segundo Godoy (1995), centra-se na quantificação e medição objetiva dos resultados e as que se enquadram no método qualitativo que implica uma análise em profundidade alcançando a percepção dos elementos em estudo.

Tendo em conta os objetivos específicos delineados anteriormente, a abordagem utilizada no presente estudo centra-se no método qualitativo pois *“implica uma ênfase nos processos e significados”* (Garcia; Quek, 1997, p.451).

A metodologia de estudo de caso segundo Yin (2003) distingue-se do estudo de caso clínico ao contemplar o contexto real e todas as configurações que lhe são inerentes, revelando assim o acesso ao conhecimento dos acontecimentos de vida reais de forma holística. Podemos assim afirmar que esta metodologia apresenta, na sua centralidade, um caso particular. Isto é, indivíduo, grupo ou organização, recorrendo para o explicar, descrever e explorar o foco de interesse, a uma diversidade de métodos (Payne et al., 2007).

Na mesma linha de ideias Yin (1984) refere que este modelo se deve usar quando temos como perguntas centrais o “como” e/ou o “porque”, onde o investigador tem um controle reduzido dos eventos de um fenómeno contemporâneo e em contexto real.

Podemos classificar o estudo de caso quanto ao objetivo da investigação em **explanatório** (explicar relações causa/efeito com base numa teoria), **exploratório** (incide em problemas pouco conhecidos, tem como objetivo definir hipóteses para futuros estudos) e, por último, o **descritivo** que descreve o objeto de estudo dentro do seu contexto (Yin, 1993).

Por outro lado, esta metodologia pode ser aplicada num único estudo de caso ou em múltiplos estudos de caso. Esta última opção tem como principal argumento a robustez, como refere Pedron (2009). Para Yin (2003), através da lógica da replicação, tenta-se

observar, por um lado, se o caso antecipa resultados idênticos ou se, por outro, prevê resultados díspares mas por motivos previsíveis. Igualmente, para o mesmo autor, para além de uma maior riqueza de dados, através da sua comparação, permite uma maior reflexão das nossas práticas.

Afigura-se primordial a elaboração de um enquadramento teórico de modo a podermos efetuar a comparação e eventual generalização a novos casos, quando o *design* de múltiplos estudos de caso é idêntico ao escolhido (Pedron, 2009).

Sabendo que, no que se refere à prestação de cuidados de enfermagem a mesma engloba fenómenos, processos e significados complexos e de difícil análise e interpretação e, tendo em conta o objetivo que delineamos para este estudo, optamos por seguir a estratégia de estudo de caso múltiplo de carácter descritivo- exploratório pois, segundo Polit et al. (2004), só através da descrição da experiência humana, da forma como a mesma é definida e vivida pelos próprios atores é que é possível o conhecimento sobre o indivíduo.

Como anteriormente descrito, este estudo desenrolou-se em dois locais distintos, em duas regiões distintas do nosso país. Primeiramente no serviço de Medicina 1 do HESE em Évora e depois no Serviço de Neurocirurgia/ Ortopedia 2 do CHUA em Faro.

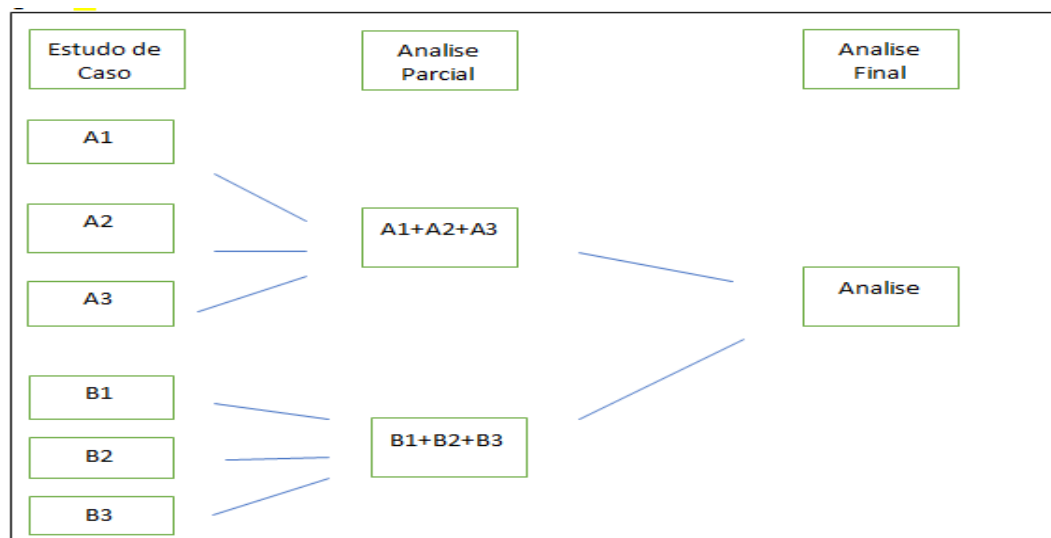
Em consequência, optamos por selecionar os casos mais ricos em cada Serviço, que se incluíam nos critérios de inclusão. Estes foram definidos como sendo pessoas idosas (idade superior ou igual a 65 anos de idade), em contexto de internamento hospitalar, nos serviços designados, com deficit de Autocuidado e com intervenção individualizada pelo autor, conforme as necessidades identificadas.

Os mesmos foram caracterizados tendo em conta o sexo, idade, estado civil, peso, altura, nível de escolaridade e principal área de diagnóstico médico que levou à intervenção, designados por A1, A2 e A3 referentes aos colhidos no HESE e por B1,B2 e B3 aos colhidos no CHUA.

A análise dos mesmos foi dividida por 3 etapas. Em primeiro lugar efetuamos uma análise individual de cada caso, seguidamente realizamos uma análise parcial onde a

análise é conjunta dos casos agrupados por local de recolha e, por último, uma análise final global dos casos em conjunto conforme apresentado na figura 3.

Figura 3 – Metodologia de múltiplos estudos de caso realizada



### 2.3.1-Instrumentos de colheita e avaliação de dados

Optamos pela utilização do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007), composto por 10 atividades básicas de vida diária, onde cada uma apresenta entre dois e quatro níveis de dependência, sendo a independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos de acordo com os níveis de diferenciação. (Siqueira, 2007).

O outro instrumento utilizado, o Elderly Nursing Core Set (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014), é composto por 25 *itens* considerados sensíveis aos cuidados de enfermagem como instrumentos de colheita e avaliação de dados. Com indicadores sensíveis, apresenta como propriedades psicométricas uma variância total explicada de 66,46% kaiser-meyer-olkin (KMO)= 0.923, demonstrando a elevada correlação inter-itens da escala. Mediram-se as seguintes dimensões: funções mentais (globais e específicas), dor, funções do aparelho cardiovascular, do aparelho respiratório, comunicação, autocuidados, mudar e manter a posição, transportar, mover e manusear objetos, andar e deslocar-se, relacionamentos pessoais interpessoais (Fonseca, 2013).

### 2.3.2-Caracterização individual dos múltiplos estudos de caso

Para melhor visualização apresentamos uma tabela síntese (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica dos casos selecionados.

Caso	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Principal área de diagnóstico médico que levou à intervenção (ICD10)
A1	F	65	Casada	Curso superior	Enquadrado nas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
A2	M	68	Casado	9º Ano de escolaridade	Enquadrado na área das doenças do aparelho circulatório
A3	M	89	Viúvo	Analfabeto	Enquadrado na área das doenças do aparelho circulatório
B1	F	73	Casado	9º Ano de escolaridade	Enquadrado nas doenças do sistema osteomuscular
B2	F	81	Viúva	4º Ano de escolaridade	Enquadrado nas doenças do sistema osteomuscular
B3	F	75	Casada	9º Ano de escolaridade	Enquadrado nas doenças do sistema osteomuscular

### 2.3.3-Considerações éticas

No domínio da saúde, o respeito pela vida e dignidade humanas são fundamentais, revelando-se essenciais o enquadramento e respeito dos diferentes princípios éticos na investigação científica nesta área.

Já Denzin, Lincoln e Yvonna (2000) nos revelam que, neste tipo de estudos (qualitativos), a conduta ética do investigador nasce dos princípios orientadores do estudo e não de mecanismos externos de controlo.

No decurso do estudo, quer na prestação de cuidados quer na recolha e análise dos dados, tivemos sempre em conta os princípios éticos e legais que regem a nossa profissão e, consequentemente, a sua prática.

Recorremos para tal ao código deontológico, REPE, padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, competências de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação bem como as competências dos enfermeiros de cuidados gerais.

Estes documentos serviram nos de guia orientador quer para o estudo em todas as suas fases quer na prestação de cuidados.

Este estudo foi sujeito à Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade de Évora e às respetivas Comissões de Ética das Unidades Hospitalares onde decorreu. O estudo foi anónimo, confidencial e de participação livre.

## 2.4-Resultados

Para facilidade de leitura dos resultados e posterior discussão, optamos por descrever os mesmos caso a caso.

Definimos como indicadores dos cuidados sensíveis à intervenção, com base nos resultados da revisão sistemática da literatura e as escalas definidas para a análise e controlo, os autocuidados, aprendizagem e funções mentais, a comunicação, a relação com familiares e, por último, a capacidade funcional/grau de dependência.

No caso que designamos por A1, referente à Sr<sup>a</sup>. M. F. do sexo feminino, com 65 anos de idade, caucasiana, casada e formação superior, internada no Serviço de Medicina 1 do HESE, onde a principal área de diagnóstico médico (ICD10) enquadra-se nas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Na avaliação diagnóstica inicial (ENCS<sup>7</sup>) (Fonseca & Lopes, 2014), observamos um score de 35% (Problema Moderado), ao nível do conceito de autocuidado<sup>8</sup>; no conceito aprendizagem e funções mentais<sup>9</sup> observou-se um score 23.3% (Problema Ligeiro); no conceito de comunicação<sup>10</sup> enquadra-se em Problema Ligeiro (score de 20%) e na relação com amigos e familiares descreve-se um score de 3.7% (Não há Problema).

---

<sup>7</sup> Usa uma escala tipo Likert com 5 pontos. (1. NÃO há problema: 0-4%; 2. Problema LIGEIRO: 5-24%; 3. Problema MODERADO: 25-49%; 4. Problema GRAVE: 50-95%; 5. Problema COMPLETO: 96-100%).

<sup>8</sup> No conceito de autocuidado descrevem-se os seguintes indicadores: Lavar-se (d510); vestir-se (d540); cuidar de partes do corpo (d520); deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465); andar (d450); realizar a rotina diária (d230); manter a posição do corpo (d415); mudar a posição básica do corpo (d410); cuidados relacionados com os processos de excreção (d530); utilização da mão e do braço (d445); beber (d560); comer (d550).

<sup>9</sup> Neste conceito os indicadores observados são: Funções emocionais (b152); Funções da orientação (b114); Funções da atenção (b140); Funções da memória (b144); Funções da consciência (b110); Funções cognitivas de nível superior (b164).

<sup>10</sup> Este conceito apresenta os seguintes códigos: Falar (d330); Conversação (d350); Comunicar e receber mensagens orais (d310); Relacionamentos familiares (d760).

No índice de (Barthel) (Siqueira, 2007)<sup>11</sup> apresentava um score de 25 pontos (Severamente Dependente), apresentando também fáceis tristes, pouca autoestima e renitente aos cuidados de enfermagem.

Na avaliação depois da intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvida, observamos (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) ao nível do conceito de autocuidado um aumento funcional de Problema Moderado, para Problema Ligeiro (16,6%). Estas melhorias dos scores funcionais foram observadas também nos conceitos aprendizagem e funções mentais (score 3,3% - Não há Problema) e no conceito de comunicação (score 0% - Não há Problema) (Tabela 4).

No índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) observamos ganhos funcionais muito significativos de 25 pontos (Severamente Dependente) para 80 pontos (Ligeiramente Dependente). Neste caso específico a Sr<sup>a</sup>. M.F., na nota de campo (2), referiu-me “*sinto-me muito mais confiante e com menos receio (...) isto devido ao trabalho que teve comigo*”.

Tabela 4 - Resultados caso A1

A 1	Avaliação diagnóstica	Após intervenção de ER
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>20.5% - Problema Ligeiro</b>	<b>4.25% - Problema Ligeiro</b>
<b>Autocuidados</b>	35%- Problema Moderado	13.3%- Problema Ligeiro
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	23.3%- Problema Ligeiro	3.3%- Não há problema
<b>Comunicação</b>	20%- Problema ligeiro	0%- Não há problema
<b>Relação com amigos e familiares</b>	3.7% - Não há problema	3.7% - Não há problema
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	25 – Severamente Dependente	80- Ligeiramente Dependente

<sup>11</sup> Índice composto por 10 atividades básicas de vida diária, em que cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, o score “0” corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos de acordo com os níveis de diferenciação. As variáveis estudadas pelo Índice de Barthel (2007) são: a alimentação; o vestir; o banho; a higiene corporal; o uso da casa de banho; o controlo intestinal; o controlo vesical; o subir escadas; a transferência cadeira/cama e a deambulação. Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, variando de modo inversamente proporcional ao grau de dependência, sendo a pontuação global entre 0 a 100 pontos, consoante os seguintes pontos de corte: 90- 100 Pontos Independente; 60- 90 Pontos Ligeiramente dependente; 40-55 Pontos Moderadamente dependente; 20- 35 Pontos Severamente Dependente; <20 Pontos Totalmente Dependente.

No caso por nós nomeado por A2, trata-se de S.P., utente do sexo masculino, de 68 anos de idade, caucasiano, casado, com o 9º ano de escolaridade, internado no Serviço de Medicina 1 do HESE, com a principal área de diagnóstico médico que levou à intervenção (ICD10) enquadrada na área das doenças do aparelho circulatório.

Na avaliação diagnóstica (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) verificamos um score de 80% (Problema Grave) referente ao conceito de autocuidado; no conceito de aprendizagem e funções mentais um score de 43% (Problema Moderado); de 66% no conceito de comunicação (Problema Grave) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66% que corresponde a Problema Grave.

Em relação ao índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), apresentou um score de 0 pontos no (Totalmente Dependente), verificando também que o mesmo utente se encontra pouco comunicativo, com períodos de confusão mental, hipofonia, traqueostomizado e com sonda nasogástrica.

Na avaliação, depois da intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvida, apresentou (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 70% mantendo Problema Grave no conceito de autocuidado, um aumento funcional para Problema Ligeiro (10%) no conceito de aprendizagem e funções mentais, para Problema Moderado (33%) no conceito de comunicação e no conceito de relação com amigos e familiares manteve o score de 66% correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 10 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), mantendo-se na classificação de Totalmente Dependente.

Encontrando-se mais comunicativo, com discurso coerente, recorda e descreve com frequência histórias de vida significativas, sem traqueostomia, sem sonda nasogastrica, sem sinais de disfagia, com tosse eficaz e a tolerar o levante diário.

Apresenta melhoria do seu estado clínico geral conforme confirma o filho na nota de campo (5) onde refere: *“já começo finalmente a reconhecer o meu pai a falar”*.

Tabela 5 – Resultados caso A2

<b>A 2</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Após intervenção de ER</b>
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>63.75% - Problema Grave</b>	<b>44.75% - Problema Moderado</b>
<b>Autocuidados</b>	80% - Problema Grave	70% - Problema Grave
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	43% - Problema Moderado	10% - Problema Ligeiro
<b>Comunicação</b>	66% - Problema Grave	33% - Problema Moderado
<b>Relação com amigos e familiares</b>	66% - Problema Grave	66% - Problema Grave
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	0 – Totalmente Dependente	10- Totalmente Dependente

Relativamente ao caso definido por A3, onde M.C., utente do sexo masculino, de 89 anos de idade, caucasiano, viúvo, analfabeto, internado no Serviço de Medicina 1 do HESE com a principal área de diagnóstico médico que levou à intervenção (ICD10) enquadrada nas doenças do aparelho circulatório.

Na avaliação diagnóstica, verificamos no (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 40% no conceito de autocuidado (Problema Moderado), de 20% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Problema Ligeiro), de 40% no conceito de comunicação (Problema Moderado) e no conceito de relação com amigos e familiares, um score de 66% correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 55 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), (Moderadamente Dependente).

Na avaliação depois da intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvida, verificou-se um aumento funcional, traduzido na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) na diminuição para score de 11.6% no conceito de autocuidado (Problema Ligeiro), para 3.3% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Não há Problema), para 13% no conceito de comunicação (Problema Ligeiro) e no conceito de relação com amigos e familiares para score de 66% correspondendo a Problema Grave.



Apresentava também um score de 95 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), (Independente).

Revelava uma melhoria global sentida pelo próprio utente, segundo a nota de campo (6) na qual o mesmo refere: *“estou quase bom, sinto me finalmente capaz de ir para casa, que é algo que não sentia há muito tempo”*.

Tabela 6 – Resultados caso A3

<b>A 3</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Após intervenção de ER</b>
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>41.5%</b> - Problema Moderado	<b>23.4%</b> - Problema Ligeiro
<b>Autocuidados</b>	40% - Problema Moderado	11.6% - Problema Ligeiro
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	20% - Problema Ligeiro	3.3% - Não há problema
<b>Comunicação</b>	40% - Problema Moderado	13% - Problema Ligeiro
<b>Relação com amigos e familiares</b>	66% - Problema Grave	66% - Problema Grave
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	55 – Moderadamente Dependente	95- Independente

No que se refere ao caso designado como B1, no qual M.E., utente do sexo feminino, de 73 anos de idade, caucasiana, casada, com o 9º ano de escolaridade, internada no Serviço de Neurocirurgia/Ortopedia 2 do CHUA- Faro, com a principal área de diagnóstico médico que levou à intervenção (ICD10) enquadrada nas doenças do sistema osteomuscular.

Na avaliação diagnóstica, apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 35% no conceito de autocuidado (Problema Moderado), de 10% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Problema Ligeiro), de 0% no conceito de comunicação (Não há Problema) e no conceito de relação com amigos e familiares, um score de 66% correspondendo a Problema Grave.

Apresentava igualmente um score de 55 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), o que corresponde a Moderadamente Dependente.

Na avaliação depois da intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvida, apresentou aumento funcional (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014), traduzido numa diminuição do score de 13.3% no conceito de autocuidado para Problema Ligeiro, de 0% no conceito de aprendizagem e funções mentais para Não há Problema, de 0% no conceito de comunicação para Não há Problema e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66% correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 90 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), que se traduz em Independente.

Apresentando assim um aumento da funcionalidade e independência.

Tabela 7 – Resultados caso B1

<b>B 1</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Após intervenção de ER</b>
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>27.7% - Problema Moderado</b>	<b>19.8% - Problema Ligeiro</b>
<b>Autocuidados</b>	35%- Problema Moderado	13.3%- Problema Ligeiro
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	10%- Problema Ligeiro	0%- Não há problema
<b>Comunicação</b>	0%- Não há problema	0%- Não há problema
<b>Relação com amigos e familiares</b>	66% - Problema Grave	66% - Problema Grave
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	55 – Moderadamente Dependente	90- Independente

No que respeita ao caso denominado B2, onde R.P., utente do sexo feminino, de 81 anos de idade, caucasiana, viúva, com o 4º ano de escolaridade internada no Serviço de Neurocirurgia/Ortopedia 2 do CHUA- Faro, com a principal área de diagnóstico médico que levou à intervenção (ICD10) enquadrada nas doenças do sistema osteomuscular.

Na avaliação diagnóstica, revelava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 35% no conceito de autocuidado (Problema Moderado), de 6.6% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Problema Ligeiro), de 0% no conceito de

comunicação (Não há problema) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de (66%) correspondendo a Problema Grave.

Apresentava igualmente um score de 35 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), o que corresponde a Severamente Dependente.

Na avaliação depois da intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvida, revelou aumentos funcionais (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) em todos os indicadores excepto na relação com amigos e familiares pois apresentou um score de 15% no conceito de autocuidado (Problema Ligeiro), de 0% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Não há Problema), de 0% no conceito de comunicação (Não há Problema) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de (66%), correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 75 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), que significa Ligeiramente Dependente.

Apresentando um aumento do autocuidado e funcionalidade, bem como da sua capacitação, como se encontra patente na nota de campo (11) onde a mesma corrobora “*agora já sei como tenho que fazer para continuar com a perna boa*”.

Tabela 8 – Resultados caso B2

<b>B 2</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Após intervenção de ER</b>
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>26.9% - Problema Moderado</b>	<b>20.2% - Problema Ligeiro</b>
<b>Autocuidados</b>	35%- Problema Moderado	15%- Problema Ligeiro
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	6.6%- Problema Ligeiro	0%- Não há problema
<b>Comunicação</b>	0%- Não há problema	0%- Não há problema
<b>Relação com amigos e familiares</b>	66% - Problema Grave	66% - Problema Grave
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score- I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	35 – Severamente dependente	75- Ligeiramente dependente

No que se concerne ao caso B3, onde L.G., utente do sexo feminino, de 75 anos de idade, caucasiana, casada, com o 9º ano de escolaridade, internada no Serviço de Neurocirurgia/Ortopedia 2 do CHUA- Faro, com a principal área de diagnóstico médico que levou à intervenção (ICD10) enquadrada nas doenças do sistema osteomuscular.

Na avaliação diagnóstica, apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014), um score de 65% no conceito de autocuidado (Problema Grave), de 6.6% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Problema Ligeiro), de 33% no conceito de comunicação (Problema Moderado) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66% correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 20 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), correspondendo a Severamente Dependente.

Na avaliação depois da intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvida, revelou aumentos funcionais (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) em todos os indicadores, exceto na relação com amigos e familiares pois mostrou um score de 46.6%. No conceito de autocuidado (Problema Moderado), de 0% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Não há problema), de 20% no conceito de comunicação (Problema Ligeiro) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66%, correspondendo a Problema Grave.

Apresentava igualmente um score de 45 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), que o classifica em Moderadamente Dependente. Apresentou ligeiras melhoras do seu estado geral. No entanto, como a utente indica na nota de campo (14), *“sei que estou um bocadinho melhor, mas preciso de mais tempo com o enfermeiro”*, revelando a necessidade de continuidade do programa de reabilitação no contexto domiciliário.

Tabela 9 – Resultados caso B3

<b>B 3</b>	Avaliação diagnóstica	Após intervenção de ER
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>42.6% - Problema Moderado</b>	<b>33.1% - Problema Moderado</b>
<b>Autocuidados</b>	65% - Problema Grave	46.6% - Problema Moderado
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	6.6% - Problema Ligeiro	0% - Não há problema

<b>Comunicação</b>	33%- Problema Moderado	20%- Problema Ligeiro
<b>Relação com amigos e familiares</b>	66% - Problema Grave	66% - Problema Grave
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	20 – Severamente Dependente	45 – Moderadamente Dependente

## 2.5-Discussão dos resultados

Para melhor interpretação e discussão, optou-se por discutir, em primeiro lugar os casos observados no serviço de Medicina 1 do HESE (A1, A2, A3), de seguida os analisados no serviço de Neurocirurgia/Ortopedia 2 do CHUA- Faro (B1, B2, B3) e, por último, ambos em conjunto, respeitando assim a metodologia de estudo de casos múltiplos de Yin (2003).

No caso A1, na avaliação diagnóstica apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 35% no conceito de autocuidado (Problema Moderado), de 23.3% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Problema Ligeiro), de 20% no conceito de comunicação (Problema Ligeiro) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 3.7% correspondendo a Não há Problema.

Apresentava também um score de 25 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), classificando-o em Severamente Dependente, apresentando-se também com fáceis tristes, pouca auto-estima e renitente aos cuidados de enfermagem.

Desenvolvemos um programa de intervenções individualizadas de enfermagem de reabilitação, durante o tempo de internamento (duas semanas)<sup>12</sup>, que incluiu as intervenções de desenvolvimento ao nível do equilíbrio e treino de marcha, como refere Menoita (2014); utilizamos o apoio emocional por via da escuta ativa e incentivo na expressão de sentimentos, no sentido de melhorar a comunicação, diminuir a labilidade emocional e promover a adesão ao plano de intervenção definido; no sentido de reeducar o equilíbrio e preparar a marcha, utilizamos as intervenções de equilíbrio estático e dinâmico sentado e de posição ortoestática (Menoita, 2014); ao nível do treino de marcha utilizamos intervenções com andador a 4 pontos e, posteriormente, treino de

---

<sup>12</sup> Com duração conforme tolerância e evolução do utente (Menoita, 2014)

marcha com uma canadiana ou apoio de uma pessoa no sentido de readquirir o padrão automático de marcha anterior e melhorar a autonomia (Menoita, 2014).

Ao nível das atividades de vida diárias, recorremos ao treino de atividades de vida diária (higiene pessoal e vestir-se na casa de banho) e treino de atividades de vida diária no âmbito da comunicação, de forma a maximizar e potenciar a pessoa cuidada no sentido da mesma conseguir o máximo de independência possível pois, segundo Marques (2007), as mesmas são atividades necessárias à manutenção e cuidado pessoal, bem como à vida independente em comunidade.

Na avaliação depois da intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvida, apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 13.3% no conceito de autocuidado (Problema Ligeiro), de 3.3% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Não há Problema), de 0% no conceito de comunicação (Não há Problema) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 3.7% correspondendo a Não há Problema.

Apresentava também um score de 80 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) que se traduz em Ligeiramente Dependente. Encontrando-se com uma autoestima mais elevada como a própria utente refere na nota de campo (2) *“Sinto-me muito mais confiante e com menos receio (...) isto devido ao trabalho que teve comigo”*, apesar de apresentar ainda alguma labilidade emocional, mas menos frequente e menos intensa.

Revelando assim aumento funcional, verificando-se uma diminuição do score na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) de 52,3% no conceito de autocuidado, de 85,7% no conceito de aprendizagem e funções mentais e de 100% no conceito de comunicação, indo de encontro dos resultados apresentados por Chang et al (2007). E um aumento de 55 pontos 68,7% no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), comprovando a eficácia das intervenções realizadas e cumprindo os objetivos das mesmas.

Tabela 10 – Ganhos caso A1

A 1	Avaliação diagnóstica	Após intervenção de ER	Média de Ganhos
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>20.5% - Problema Ligeiro</b>	<b>4.25% - Problema Ligeiro</b>	<b>79.2%</b>
<b>Autocuidados</b>	35%- Problema Moderado	13.3%- Problema Ligeiro	52.3%

<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	23.3%- Problema Ligeiro	3.3%- Não há problema	23.3%
<b>Comunicação</b>	20%- Problema ligeiro	0%- Não há problema	100%
<b>Relação com amigos e familiares</b>	3.7% - Não há problema	3.7% - Não há problema	0%
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	25 – Severamente Dependente	80- Ligeiramente Dependente	68.7%

No caso A2 na avaliação diagnóstica apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 80% no conceito de autocuidado (Problema Grave), de 43% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Problema Moderado), de 66% no conceito de comunicação (Problema Grave) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66%, correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 0 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007). que corresponde a Totalmente Dependente. É importante referir que, o mesmo utente, se encontrava pouco comunicativo, com períodos de confusão mental, hipofonia, traqueostomizado e com sonda nasogástrica.

Foi desenvolvido um programa de intervenções individualizadas de enfermagem de reabilitação, sempre com duração conforme tolerância e evolução do utente (Menoita, 2014), que tinham como objetivos, através do treino de equilíbrio, de exercícios de equilíbrio estático e dinâmico sentado, os mesmos já referidos no caso A1.

Igualmente, através Reabilitação da memória, que incluía terapia de orientação para a realidade e terapia da Reminiscência, de modo a melhorar o desempenho da memória conforme nos indica Pinto (1999), com o treino de deglutição, como nos indica Menoita (2014), a melhoria do tónus muscular: estimular as vias aferentes para um reflexo de deglutição eficaz e a precisão, funcionalidade das partes moles envolvidas nos processos de deglutição.

Procedemos ao levantar diário para o cadeirão promovendo assim o ortostatismo, a comunicação e prevenção de UPP, assim como a reabilitação funcional motora através exercícios isotônicos.

A realizaram-se mobilizações ativas assistidas/resistidas, de forma a readquirir o esquema corporal, exercitar mecanismos de reflexo postural, estimular a sensibilidade proprioceptiva, melhorar o equilíbrio, inibir a espasticidade e preparar a pessoa para a posição sentada e ortostática, como nos descreve Jonhstone (1987).

A execução de exercícios de RFR, através do ensino da tosse, de modo a assegurar a permeabilidade das vias aéreas, respiração diafragmática de modo a prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios, no sentido de melhorar a distribuição e a ventilação alveolar, como indica Menoita (2012), e, por último, o treino de atividade de vida diária como comer e beber.

Na avaliação, depois da intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvida, apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 70% no conceito de autocuidado (Problema Grave), de 10% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Problema Ligeiro), de 33% no conceito de comunicação (Problema Moderado) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66%, correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 10 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), que o identifica como Totalmente Dependente. Encontrando-se mais comunicativo, com discurso coerente, recorda e descreve com frequência histórias de vida significativas, sem traqueostomia, sem sonda nasogástrica, sem sinais de disfagia, com tosse eficaz e a tolerar o levantar diário. Apresenta melhoria do seu estado clínico geral, conforme confirma o filho na nota de campo (5) onde refere: *“já começo finalmente a reconhecer o meu pai a falar”*.

O que revela assim um aumento funcional, com uma diminuição do score na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) de 10,4% no conceito de autocuidado, de 53,8% no conceito de aprendizagem e funções mentais e de 50% no conceito de comunicação (autocuidado na atividade). E um aumento de 100% no índice de (Barthel) (Siqueira,



2007), na mesma de ideias do estudo apresentado por Krichbaum (2007), confirmando-se os efeitos eficazes da intervenção.

Tabela 11 – Ganhos caso A2

<b>A 2</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Após intervenção de ER</b>	<b>Média de Ganhos</b>
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>63.75% - Problema Grave</b>	<b>44.75% - Problema Moderado</b>	<b>29.8%</b>
<b>Autocuidados</b>	80% - Problema Grave	70% - Problema Grave	10.4%
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	43% - Problema Moderado	10% - Problema Ligeiro	53.8%
<b>Comunicação</b>	66% - Problema Grave	33% - Problema Moderado	50%
<b>Relação com amigos e familiares</b>	66% - Problema Grave	66% - Problema Grave	0%
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	0 – Totalmente dependente	10- Totalmente dependente	100%

No caso A3, o utente na avaliação diagnóstica apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 40% no conceito de autocuidado (Problema Moderado), de 2% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Problema Ligeiro), de 40% no conceito de comunicação (Problema Moderado) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66%, correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 55 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007), o que se traduz em Moderadamente Dependente.

Com recurso a um programa de intervenções individualizadas de enfermagem de reabilitação durante duas semanas, sempre com duração conforme tolerância e evolução do utente (Menoita, 2014), que tinham como objetivos, através do treino de equilíbrio e de exercícios de equilíbrio estático e dinâmico sentado, os mesmos já referidos no caso A1.

Procedemos à Reabilitação da memória, que incluía terapia de orientação para a realidade e terapia da Reminiscência, de modo a melhorar o desempenho da memória, conforme nos indica Pinto (1999). Por via do treino de deglutição, como nos indica Menoita (2014), tendo em vista a melhoria do tónus muscular, estimular as vias aferentes para um reflexo de deglutição eficaz e a precisão, funcionalidade das partes moles envolvidas nos processos de deglutição.

Realizamos o levante diário para o cadeirão, promovendo assim o ortostatismo, a comunicação e prevenção de UPP, assim como a reabilitação funcional motora através de exercícios isotónicos.

Aplicamos mobilizações ativas assistidas/resistidas, de forma a readquirir o esquema corporal, exercitar mecanismos de reflexo postural, estimular a sensibilidade proprioceptiva, melhorar o equilíbrio, inibir a espasticidade e preparar a pessoa para a posição sentada e ortostática, como nos descreve Jonhstone (1987).

Executamos exercícios de RFR: ensino da tosse de modo a assegurar a permeabilidade das vias aéreas; respiração diafragmática de modo a prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar, como indica Menoita (2012), e, por ultimo, treino de atividade de vida diária (comer e beber).

A avaliação, depois da intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvida, revelou, na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014), um score de 11.6% no conceito de autocuidado (Problema Ligeiro), de 3.3% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Não há Problema), de 13% no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66%, correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 95 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) que corresponde a Independente. Apresentando melhoria global que foi sentida pelo próprio utente onde, na nota de campo (6), o mesmo refere: *“estou quase bom, sinto me finalmente capaz de ir para casa, que é algo que não sentia há muito tempo”*.

Demonstra um aumento funcional, através de uma diminuição do score no (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014), de 54,1% no conceito de autocuidado, de 83,3% no conceito de aprendizagem e funções mentais e de 66,6% no conceito de comunicação. E um aumento de 42,1% no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007). Corroborando assim com Poslawsky (2010) nos resultados dos seus estudos.

Tabela 12 – Ganhos caso A3

<b>A 3</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Após intervenção de ER</b>	<b>Média de Ganhos</b>
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>41.5% - Problema Moderado</b>	<b>23.4% - Problema Ligeiro</b>	<b>43.6%</b>
<b>Autocuidados</b>	40%- Problema Moderado	11.6%- Problema Ligeiro	54.1%
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	20%- Problema Ligeiro	3.3%- Não há problema	83.3%
<b>Comunicação</b>	40%- Problema Moderado	13%- Problema Ligeiro	66.6%
<b>Relação com amigos e familiares</b>	66% - Problema Grave	66% - Problema Grave	0%
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	55 – Moderadamente dependente	95- Independente	42.1%

Assim em termos gerais, neste Serviço, os planos de enfermagem de reabilitação aplicados indicaram-nos um ganho médio na diminuição do score na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) de 38,9 % no conceito de autocuidado, de 74,2 % no conceito de aprendizagem e funções mentais e de 72,2% no conceito de comunicação. E um aumento 70,2% no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007).

Tabela 13 – Ganhos no serviço de Medicina 1

<b>Total Serviço Medicina 1</b>	<b>Média de Ganhos</b>
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>50.8%</b>
<b>Autocuidados</b>	38.9%
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	74.2%
<b>Comunicação</b>	72.2%

<b>Relação com amigos e familiares</b>	0%
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	70.2%

O caso B1, na avaliação diagnóstica apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 35% no conceito de autocuidado (Problema Moderado), de 10% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Problema Ligeiro), de 0% no conceito de comunicação (Não há problema) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66%, correspondendo a Problema Grave.

Apresentava igualmente um score de 55 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) que se traduz em Moderadamente Dependente.

Desenvolvemos um programa de intervenções individualizadas de enfermagem de reabilitação durante duas semanas, sempre com duração conforme tolerância e evolução do utente (Menoita, 2014).

Através de RFM, exercícios isométricos (contrações isométricas abdominais, glúteos e quadríceps); exercícios isotónicos (mobilizações ativas livres/assistidas/resistidas dos membros sãos; mobilizações ativas assistidas/resistidas do membro intervencionado (mobilização da articulação tibiotársica, dorsiflexão/ flexão plantar); treino de equilíbrio, ensino e treino de levantar da cama, sentar e levantar da cadeira, uso de base de chuveiro/ banheira, uso do sanitário, exercícios ativos do joelho intervencionado; treino de marcha a 4 pontos com andador, passando posteriormente para treino de marcha a 3 pontos com 2 canadianas e, depois, para treino de marcha com uma canadiana e, por último, treino de Atividade de Vida Diária (higiene pessoal e vestir se na casa de banho).

Tínhamos como objetivos a reeducação funcional da pessoa a ATJ, centrada na intervenção educacional, sendo a mesma de extrema importância como nos refere Sousa (2016). Já Fuchs, Mattuella & Rabello (2000) afirmam que o principal indicador de sucesso da ATJ é a recuperação do movimento articular.

Borges (2015) refere como objetivo principal o facto de a pessoa conseguir realizar a flexão de 90° no momento da alta hospitalar e reforça a importância do ensino e treino de todas as intervenções referidas anteriormente.

Na avaliação, depois da intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvida, apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 13.3% no conceito de autocuidado (Problema Ligeiro), de 0% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Não há Problema), de 0% no conceito de comunicação (Não há Problema) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66%, correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 90 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) que corresponde a Independente e um aumento da funcionalidade e independência, como nos indicaram também Fealy et al. (2009) nos seus trabalhos.

Tal traduz um aumento funcional, via diminuição do score na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014), de 38% no conceito de autocuidado, de 100% no conceito de aprendizagem e funções mentais e de 0% no conceito de comunicação. Assim como um aumento de 38,8% no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007).

Tabela 14 – Ganhos caso B1

<b>B 1</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Após intervenção de ER</b>	<b>Média de Ganhos</b>
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>27.7% - Problema Moderado</b>	<b>19.8% - Problema Ligeiro</b>	<b>28.5%</b>
<b>Autocuidados</b>	35%- Problema Moderado	13.3%- Problema Ligeiro	38%
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	10%- Problema Ligeiro	0%- Não há problema	100%
<b>Comunicação</b>	0%- Não há problema	0%- Não há problema	0%
<b>Relação com amigos e familiares</b>	66% - Problema Grave	66% - Problema Grave	0%
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	55 – Moderadamente dependente	90- Independente	38.8%

No que concerne ao caso B2, na avaliação diagnóstica apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 35% no conceito de autocuidado (Problema Moderado), de 6.6% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Problema Ligeiro), de 0% no conceito de comunicação (Não há Problema) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66%, correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 35 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) que o coloca na classificação de Severamente Dependente.

Aplicou-se um programa de intervenções individualizadas de enfermagem de reabilitação durante duas semanas, sempre com duração conforme tolerância e evolução do utente (Menoita, 2014).

Incluiu-se o treino de equilíbrio, ensino e treino de posicionamentos no leito de modo a evitar movimentos luxantes, extensão lombo- pélvica, levantar da cama, sentar e levantar da cadeira, uso de base de chuveiro/ banheira, uso do sanitário, apanhar objetos do chão, treino de marcha a 4 pontos com andarilho passando posteriormente para treino de marcha a 3 pontos com 2 canadianas e, depois, para treino de marcha com uma canadiana, treino de subir e descer escadas e por último de treino de Atividade de Vida Diária higiene pessoal e vestir se na casa de banho.

Tínhamos como objetivos a reeducação funcional da pessoa a ATA, centrada na intervenção educacional, sendo a mesma de extrema importância, como nos refere novamente Sousa (2016). Loures & Leite (2012) constataram, a curto prazo, uma melhoria da qualidade de vida com a implementação de um plano de reabilitação no pós-operatório.

Na avaliação, depois da intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvida, apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 15% no conceito de autocuidado (Problema Ligeiro), de 0% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Não há problema), de 0% no conceito de comunicação (Não há problema) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66%, correspondendo a Problema Grave. Apresentava igualmente um score de 75 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) que se traduz em Ligeiramente

Dependente. Apresentava assim um aumento do autocuidado e funcionalidade, bem como da sua capacitação, como a mesma corrobora na nota de campo (11): *“agora já sei como tenho que fazer para continuar com a perna boa”*.

O que demonstra aumentos funcionais, traduzindo-se numa diminuição do score na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) de 28,5% no conceito de autocuidado, de 100% no conceito de aprendizagem e funções mentais e de 0% no conceito de comunicação. Assim como um aumento de 53,3% no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007). Resultados que se encontram na mesma linha de pensamento revelada por Gouveia et al., (2016) e Sidani (2008).

Tabela 15 – Ganhos caso B2

<b>B 2</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Após intervenção de ER</b>	<b>Média de Ganhos</b>
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>26.9% - Problema Moderado</b>	<b>20.2% - Problema Ligeiro</b>	<b>24.9%</b>
<b>Autocuidados</b>	35%- Problema Moderado	15%- Problema Ligeiro	28.5%
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	6.6%- Problema Ligeiro	0%- Não há problema	100%
<b>Comunicação</b>	0%- Não há problema	0%- Não há problema	0%
<b>Relação com amigos e familiares</b>	66% - Problema Grave	66% - Problema Grave	0%
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score- I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	35 – Severamente Dependente	75- Ligeiramente Dependente	53.3%

No que concerne ao caso B3, na avaliação diagnóstica apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 65% no conceito de autocuidado (Problema Grave), de 6.6% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Problema Ligeiro), de 33% no conceito de comunicação (Problema Moderado) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66%, correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 20 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) que corresponde a Severamente Dependente.

Desenvolvemos um programa de intervenções individualizadas de enfermagem de reabilitação durante duas semanas, sempre com duração conforme tolerância e evolução do utente (Menoita, 2014), que incluía: treino de equilíbrio; ensino e treino de posicionamentos no leito de modo a evitar movimentos luxantes; extensão lombo-pélvica; levantar da cama; sentar e levantar da cadeira; uso de base de chuveiro/banheira; uso do sanitário; treino de marcha a 4 pontos com andarilho e, por último, de treino de Atividade de Vida Diária (higiene pessoal e vestir-se na casa de banho), objetivos já descritos no caso B2.

Na avaliação, depois da intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvida, apresentava na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) um score de 46.6% no conceito de autocuidado (Problema Moderado), de 0% no conceito de aprendizagem e funções mentais (Não há problema), de 20% no conceito de comunicação (Problema Ligeiro) e no conceito de relação com amigos e familiares um score de 66%, correspondendo a Problema Grave.

Apresentava também um score de 45 pontos no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) que o coloca em Moderadamente Dependente. Evidenciava ligeiras melhoras do seu estado geral. Contudo, como a utente indica na nota de campo (14), *“sei que estou um bocadinho melhor, mas preciso de mais tempo com o enfermeiro”*, revelando a necessidade da continuidade do programa de reabilitação no contexto domiciliário. Na mesma linha de pensamento, Sousa (2016) refere que o EER, através da transmissão de informação via carta de alta/transferência, deve incluir o programa de reabilitação delineado e a intervenção educacional realizada para o EER na comunidade e que tal tem um papel de relevo na continuidade de cuidados.

Os dados acima referidos revelam um aumento funcional, através da diminuição do score na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014), de 28,2% no conceito de autocuidado, de 100% no conceito de aprendizagem e funções mentais e de 40% no conceito de comunicação. E um aumento de 55,5% no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007). Estes resultados vão ao encontro dos apresentados por Poochikian-Sarkissian (2008), Fealy et al., (2009) e Gouveia et al. (2016) nos seus respetivos estudos.



Tabela 16 – Ganhos caso B3

<b>B 3</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Após intervenção de ER</b>	<b>Média de Ganhos</b>
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>42.6% - Problema Moderado</b>	<b>33.1% - Problema Moderado</b>	<b>22.3%</b>
<b>Autocuidados</b>	65% - Problema Grave	46.6% - Problema Moderado	28.2%
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	6.6% - Problema Ligeiro	0% - Não há problema	100%
<b>Comunicação</b>	33% - Problema Moderado	20% - Problema Ligeiro	40%
<b>Relação com amigos e familiares</b>	66% - Problema Grave	66% - Problema Grave	0%
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	20 – Severamente Dependente	45 – Moderadamente Dependente	55.5%

Assim, em termos gerais, neste Serviço, os planos de enfermagem de reabilitação aplicados indicaram-nos um ganho na diminuição em média do score na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) de 31,5% no conceito de autocuidado, de 100% no conceito de aprendizagem e funções mentais e de 13,3% no conceito de comunicação. E um aumento de 49,2% no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007).

Tabela 17 – Ganhos serviço de Neurocirurgia/Ortopedia 2

<b>Total Serviço Neurocirurgia/Ortopedia 2</b>	<b>Média de Ganhos</b>
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>25.2%</b>
<b>Autocuidados</b>	31.5%
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	100%
<b>Comunicação</b>	13.3%
<b>Relação com amigos e familiares</b>	0%
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	49.2%

## 2.6- Notas conclusivas

Em termos globais, nos dois Serviços, os planos de enfermagem de reabilitação aplicados indicaram-nos um ganho na diminuição em média do score na escala (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) de 35,2% no conceito de autocuidado, de 87,1% no conceito de aprendizagem e funções mentais e de 42,7% no conceito de comunicação. E um aumento de 59,7% no índice de (Barthel) (Siqueira, 2007). Revelando, deste modo, um ganho elevado em todos os conceitos.

Torna-se evidente a eficácia das intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, revelando o contributo positivo para a melhoria do autocuidado e funcionalidade, bem como do estado de dependência global nas AVD's (Chang et al., 2007; Krichbaum, 2007; Poslawsky, 2010; Sidani, 2008; Poochikian-Sarkissian, 2008; Fealy et al., 2009; Gouveia et al., 2016) da pessoa idosa hospitalizada, independentemente do diagnóstico médico que levou à sua institucionalização.

Tabela 18 – Total Ganhos Globais

<b>Total Serviço Neurocirurgia/Ortopedia 2</b>	<b>Média de Ganhos</b>	<b>Total Serviço Medicina 1</b>	<b>Média de Ganhos</b>	<b>Total Global</b>	<b>Média de Ganhos</b>
<b>Score geral - ENCS</b>	<b>25.2%</b>	<b>Score geral - ENCS</b>	<b>50.8%</b>	<b>Score geral - ENCS</b>	<b>38%</b>
<b>Autocuidados</b>		<b>Autocuidados</b>	38.9%	<b>Autocuidados</b>	35.2%
<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	100%	<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	74.2%	<b>Aprendizagem e funções mentais</b>	87.1%
<b>Comunicação</b>	13.3%	<b>Comunicação</b>	72.2%	<b>Comunicação</b>	42.7%
<b>Relação com amigos e familiares</b>	0%	<b>Relação com amigos e familiares</b>	0%	<b>Relação com amigos e familiares</b>	0%
<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	49.2%	<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	70.2%	<b>Capacidade funcional/grau de dependência do Idoso – Score - I. (Barthel) (Siqueira, 2007)</b>	59.7%

Podemos inferir que os instrumentos utilizados revelaram-se úteis e adequados pois, através do (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014), avaliamos as necessidades de cuidados de enfermagem relativamente ao autocuidado, aprendizagem e funções mentais e comunicação, enquanto com o índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) foi avaliada a dependência global nas AVD's.

### 3-ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Com a elaboração deste relatório, pretendeu-se dar resposta aos objetivos definidos ao longo do Mestrado, que incluem atingir competências em três domínios: os de Mestre, as comuns de enfermeiro especialista e as específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

No que respeita às competências de Mestre, segundo o Decreto-Lei. ° 115/2013 de 7 de agosto do Ministério da Educação, as mesmas consistem:

- a) Desenvolver conhecimentos e capacidade de compreensão que permitam desenvolver o projeto de estágio em contexto de investigação.

No que respeita a este ponto, na aplicação das estratégias de intervenção profissional durante o estágio final, e em todas as suas fases, foi importante depreender a pertinência de proceder a uma revisão sistemática da literatura, de modo a ter um maior suporte científico, assim como conseguir identificar indicadores sensíveis aos cuidados realizados, facilitando assim a análise e interpretação dos resultados, tendo em vista a verificação do seu real impacto nos utentes. O processo de reflexão sobre a necessidade de poder ter que redefinir estratégias, bem como o cumprimento do plano delineado para não alterar a fidelidade dos dados revela-se determinante.

- b) Integrar os conhecimentos específicos inerentes às técnicas de reabilitação funcional, motora e respiratória, nos diversos casos clínicos durante o estágio, incluindo reflexões sobre as implicações clínicas.

Em relação a este tópico, através dos conhecimentos previamente aprendidos, procedi à implementação de técnicas de reabilitação funcional motora e respiratória. Revelou-se fundamental observar e refletir de forma individual, caso a caso, a sua aplicação, tendo sido identificada a necessidade de se proceder a alterações no plano previamente definido por forma a adequar as intervenções à própria evolução do utente.

Na mesma linha de pensamento, é essencial proceder à monitorização dos objetivos planeados, de modo a verificar se os mesmos foram ou não atingidos, de forma a

proceder à sua avaliação, após metas delineadas e intervenções executadas (OE, 2013), o que vai ao encontro da linha de pensamento da metodologia de cuidado enquadrada na teoria de médio alcance de Lopes (2006).

Tendo em conta os objetivos propostos para as estratégias de intervenção profissional, que constituem em avaliar a funcionalidade das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar e definir ganhos ao nível do autocuidado dessas mesmas pessoas no referido contexto, de modo a atingir os mesmos, foi delineado e aplicado um protocolo de avaliação e controlo.

Para o efeito, foi definida uma avaliação diagnóstica, uma avaliação intermédia ao fim de uma semana e uma avaliação final ao fim de duas semanas, utilizando os dois instrumentos de colheita de dados e avaliação previamente definidos, o Índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) e o (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014).

O Índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar, em cada atividade. Este é composto por 10 atividades básicas de vida diária, em que cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, onde o score “0” corresponde à Dependência Total, sendo a Independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos de acordo com os níveis de diferenciação. As variáveis estudadas pelo Índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) são: a alimentação; o vestir; o banho; a higiene corporal; o uso da casa de banho; o controlo intestinal; o controlo vesical; o subir escadas; a transferência cadeira/cama e a deambulação. Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, variando de modo inversamente proporcional ao grau de dependência, sendo a pontuação global entre 0 a 100 pontos, consoante os seguintes pontos de corte: 90- 100 Pontos Independente; 60- 90 Pontos Ligeiramente Dependente; 40-55 Pontos Moderadamente Dependente; 20- 35 Pontos Severamente Dependente; <20 Pontos Totalmente Dependente (Mahoney & Barthel, 1965; Siqueira, 2007).

O (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014), tem como base a CIF, constituída por 31 códigos. Este instrumento é composto por 25 *itens* considerados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo seu objetivo avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem e os seus resultados. Com indicadores sensíveis, apresenta como propriedades psicométricas uma variância total explicada de 66,46% kaiser-meyer-olkin (KMO)=

0.923, demonstrando a elevada correlação inter-itens da escala. Serão medidas as seguintes dimensões: funções mentais (globais e específicas), dor, funções do aparelho cardiovascular e do aparelho respiratório, comunicação, autocuidados, mudar e manter a posição, transportar, mover e manusear objetos, andar e deslocar-se, relacionamentos pessoais interpessoais (Fonseca e Lopes, 2013).

Para um maior controlo, sistematização de registos, maior adequação diária do plano individualizado de enfermagem de reabilitação e promover a continuidade de cuidados, procedeu-se adicionalmente a uma avaliação diária das intervenções realizadas através de várias escalas, inerentes à prática do EEER, que passamos a mencionar.

A Escala Visual Analógica, que consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas consecutivamente de 0 a 10, que permite ao profissional quantificar o nível e intensidade da dor, com base na quantificação dada pelo utente, onde este faz a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica entre 0 a 10. (DGS, 2003).

A escala de Borg Modificada (1998), é uma escala que varia de 0 a 10, na qual o 0 corresponde a Ausência de Dispneia e o 10 a Dispneia Máxima. Esta é aplicada de forma direta e momentânea em que a pessoa apresenta dispneia, sendo por isso uma das escalas de eleição para ser aplicada durante o exercício ou atividades físicas (Martinez et al., 2004).

O Índice de Tinetti, criado em 1986 e validado e adaptado para a população portuguesa por Petiz (2002), é constituído por 16 *itens*, com pontuação de 0 a 1 ou de 0 a 2, onde 7 são relativos à marcha e 9 referentes ao equilíbrio. Engloba e classifica parâmetros da marcha, tais como a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, a velocidade, o girar e também as mudanças com olhos fechados (Silva et al., 2007). É de fácil aplicabilidade, recorrendo da observação do profissional de saúde.

A escala de Lower (2001) permite avaliar a força muscular, usando a força e resistência do enfermeiro. Na qual 0/5 corresponde a Sem Contração Muscular e Sem Movimento; 1/5 observa-se Contração Palpável e/ou Visível Sem Movimento; 2/5 a Tem Movimento das Extremidades mas Não Contra a Gravidade, (a pessoa consegue mover o membro na

base da cama); 3/5 a Raio de Movimento Completo Apenas Contra a Gravidade e Não Contra a Resistência; 4/5 a Raio de Movimento Completo Contra a Resistência Moderada e Contra a Gravidade (a pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força) e, por último, 5/5 a Movimento Normal Contra a Gravidade e Resistência (Pinto, 2001).

A escala de modificada de Ashworth (2006) que permite avaliar o tónus muscular através da movimentação passiva da extremidade, avaliando a amplitude articular em que surge a resistência ao mesmo. É uma escala ordinal, de 0 a 4, onde 0 corresponde a Nenhum Aumento no Tónus Muscular. 1 corresponde a Leve Aumento do Tónus Muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular quando a região é movida em flexão ou extensão. 1+ indica Leve Aumento do Tónus Muscular, manifestado por tensão abrupta seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento articular restante. O número 2 revela-nos o Aumento Mais Marcado do Tónus Muscular durante a maior parte da amplitude do movimento articular mas a região é movida facilmente. A classificação 3 indica-nos Considerável Aumento do Tónus Muscular, movimento passivo é difícil. Por fim, 4 corresponde à parte afetada rígida em flexão ou extensão (Leitão et al., 2006).

Utilizou-se também, como instrumento de avaliação, a observação através de notas de campo, bem como registos informáticos, mais especificamente às notas de Enfermagem.

Por último, refletir sobre as conclusões, os conhecimentos e raciocínios subjacentes às reflexões e conclusões do trabalho de investigação, seja para especialistas como para não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Todas as intervenções realizadas foram devidamente monitorizadas e registadas. Assim promoveu-se a continuidade de cuidados tendo sempre a preocupação de comunicar os resultados, obtidos diariamente, ao enfermeiro responsável, ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e à restante equipa de enfermagem. Mais especificamente, em relação ao projeto de intervenção profissional, procurou-se sempre debater a aplicabilidade do mesmo com os colegas especialistas em reabilitação, tendo adequado as intervenções após essas reflexões conjuntas e individuais.

Em suma, posso considerar que foram atingidas com sucesso estas competências, pois ao longo da aplicação das estratégias de intervenção profissional, no decorrer do estágio final, foram adquiridos conhecimentos e capacidade de compreensão, quer através da aplicação das mesmas, quer com a elaboração da revisão sistemática da literatura, o que permitiu desenvolver os mesmos em contexto de investigação.

Deste modo, foi possível a integração dos conhecimentos específicos apreendidos/adquiridos durante a parte teórica do Mestrado, inerentes às técnicas de reabilitação funcional motora e respiratória, nos diversos casos clínicos durante o estágio final. Foram incluídas igualmente quer reflexões sobre as implicações clínicas, quer as conclusões, quer ainda os conhecimentos e raciocínios subjacentes e as conclusões do trabalho de investigação, direccionadas quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

No que se refere às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, este tem um elevado impacto directo quer na funcionalidade (Chang et al., 2007; Krichbaum, 2007); Poslawsky, 2010; Sidani, 2008; Poochikian-Sarkissian, 2008; Fealy et al., 2009; Gouveia et al., 2016) quer na capacidade de gestão do défice autocuidado, dado que o envelhecimento conduz, na sua inevitabilidade, a um aumento de população com diminuição da sua capacidade funcional e, consequentemente, a um défice de autocuidado.

A Enfermagem é uma das profissões do SNS que, no exercício da sua prática, mais convive e lida com estes utentes, posicionando-se assim na primeira linha de resposta às necessidades da população (Chang et al., 2007; Sidani, 2008; Poochikian-Sarkissian, 2008) pois, segundo OE (2010), a mesma tem como propósitos os seguintes enunciados.

Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, pois avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (OE, 2010). Igualmente, concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (OE, 2010). Identicamente, implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor,



sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e sexualidade. Por último, avalia os resultados das intervenções implementadas (OE, 2010).

No decorrer do estágio final, através da avaliação diagnóstica, com recurso a escalas validadas, exames complementares de diagnóstico e à observação, foi possível avaliar a funcionalidade dos utentes. Com base na mesma, foram elaborados planos individualizados, com objetivo de promover capacidades adaptativas, reeducar/otimizar funções identificadas como deficitárias, procedendo-se, por fim, a uma avaliação dos dados obtidos, pós intervenção estruturada e individualizada dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Capacitar a pessoa com deficiência, limitações da atividade e / ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, visto que elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida, promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social (OE, 2010).

Foram desenvolvidos e prestados cuidados através de planos de enfermagem de reabilitação a utentes em processo de reabilitação que incluíam treino de AVD's, por forma a maximizar a autonomia e qualidade de vida (Perry et al., 2012; Fealy et al., 2009), promovendo assim a acessibilidade, participação social e consequente integração na comunidade.

Maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa, porque concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório, avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados (OE, 2011).

Por via da elaboração e implementação de planos de enfermagem de reabilitação diários, que incluem programas de treino motor e cardiorrespiratório, foram executadas intervenções específicas e individualizadas a todos os utentes a quem foram identificados que beneficiariam das mesmas. Os resultados foram avaliados, tendo sido reavaliada a necessidade de adequar as intervenções quanto à intensidade e frequência (Menoita, 2014).

Nesta linha de ideias, podemos afirmar que foram adquiridas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pois, através da elaboração

e execução de planos de enfermagem de reabilitação, foram prestados cuidados a pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, tendo sido possível capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, maximizando a funcionalidade (Gouveia et al., 2016), desenvolvendo as capacidades da pessoa (Chang et al., 2007; Krichbaum, 2007; Poslawsky, 2010; Sidani, 2008), como se encontra patente nos casos apresentados no estudo de caso múltiplo.

Foram promovidos, sempre que possível, a continuidade de cuidados, quer através da elaboração da nota de alta de Enfermagem, quer através da referenciação através do Gestcare® para as diferentes tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, conforme as necessidades identificadas.

No que respeita às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, segundo o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estas estão divididas em quatro domínios.

O Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, onde desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada, suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas, lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade e avalia o processo e os resultados da tomada de decisão (OE, 2011).

Todos os cuidados e práticas inerentes à prática profissional de enfermagem, bem como a sua respetiva implementação, respeitaram sempre os princípios da informação ao utente, de forma esclarecida, assegurando o respeito pela opinião pessoal. A implementação das intervenções planeadas das estratégias de intervenção profissional, foram apresentados de forma sucinta aos utentes. Todos os utentes que se constituíram enquanto parte integrante dos estudos de caso foram designados em todas as unidades de registo de dados por A1, A2 e assim sucessivamente, manteve-se e garantiu-se assim o respeito pela proteção da identidade.

Promove Práticas de Cuidados que Respeitam os Direitos Humanos e as Responsabilidades Profissionais, no qual promove a proteção dos Direitos Humanos, gere na equipa, de forma apropriada, as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente (OE, 2011).

Durante o estágio final, todas as atividade desenvolvidas com os utentes foram em ambiente controlado, por forma a respeitar a privacidade e dignidade individual. Houve o cuidado de colocar em primeiro lugar a segurança da pessoa cuidada (Gouveia et al., 2016; Sidani, 2008) pois, sempre que a mesma corria o risco de ser posta em causa as intervenções foram interrompidas, reavaliadas e comunicadas à restante equipa de Saúde.

O Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, onde: desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade da prática; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (OE, 2011). Avalia igualmente a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado, planeia programas de melhoria contínua e lidera programas de melhoria (OE, 2011).

Nas estratégias de intervenção profissional, foi realizado uma revisão sistemática da literatura, de modo ao trabalho ser estruturado com base nas mais atuais evidências científicas sobre a temática definida. Foram desenvolvidas aptidões de análise e planeamento da qualidade dos cuidados, divulgando experiências bem-sucedidas, de modo a promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação dos cuidados.

O Domínio das Aprendizagens Profissionais, no qual baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento e responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (OE, 2011).

Procurou-se sempre divulgar junto da restante equipa de enfermagem os resultados das intervenções efetuadas, fundamentando os mesmos com o conhecimento mais atual, com base na mais recente evidência científica, promovendo assim alteração de práticas de enfermagem em prol do utente.

Em suma, estas competências foram atingidas pois todas as ações foram sempre realizadas dentro dos Domínios da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. A prática profissional foi desenvolvida tendo sempre em conta a segurança do utente, envolvendo-o em parceria no seu próprio plano de reabilitação, atendendo à sua privacidade e individualidade, guiada pelo código deontológico e, sempre que solicitado pelos colegas generalistas, desempenhado papel de consultor, tendo sempre avaliado e partilhado os resultados decorrentes da prática, de modo a promover o desenvolvimento da prática especializada.

Procurou-se também agir no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, desenvolvendo aptidões de análise e planeamento da qualidade dos cuidados, divulgando experiências bem-sucedidas, de modo a promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação dos cuidados e nas Aprendizagens Profissionais, tendo em conta os recursos e limites pessoais e profissionais.

Por último, procurou-se sempre avaliar a funcionalidade das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar, adquirindo competências na Prestação de Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação em pessoas com défice de autocuidado e conseguido definir ganhos ao nível do autocuidado dos utentes sujeitos à intervenção, dando resposta ao objeto de estudo/ pergunta de partida tendo em vista os objetivos específicos delineados no presente Relatório.

#### 4-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi descrito anteriormente, o envelhecimento populacional em Portugal tem um impacto marcante na nossa sociedade, em especial na área da Saúde, nomeadamente no SNS. Este envelhecimento conduz a um aumento de população com diminuição da sua capacidade funcional e, conseqüentemente, a um défice de autocuidado. Um dos profissionais do SNS que na sua prática diária mais convive e lida com estes utentes é o Enfermeiro, estando este na primeira linha de resposta às necessidades desta população através de diagnóstico, intervenções, modelos/estratégias de enfermagem, de forma a dar resposta às necessidades de autocuidado da mesma.

Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é um dos profissionais mais qualificados a atuar junto neste grupo populacional, aliás que se posiciona na vanguarda dos cuidados aos mesmos, pois segundo OE (2010): *“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”* (OE, 2010, p2).

Podemos assim concluir que foram atingidos, de modo global, todos os objetivos propostos, foram adquiridas com sucesso as competências de Mestre, as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Relativamente aos objetivos específicos, através da avaliação da funcionalidade das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar, foram adquiridas competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em pessoas com défice de autocuidado e conseguimos definir ganhos ao nível do autocuidado dos utentes sujeitos à intervenção tendo, deste modo, respondido ao objeto de estudo/pergunta de partida.

Com a implementação do projeto de intervenção profissional, revelou-se assim a eficácia das intervenções específicas de enfermagem de reabilitação, contribuindo positivamente para a melhoria do autocuidado e funcionalidade, bem como do estado de dependência global nas atividades de vida diárias da pessoa idosa.

Verificou-se no entanto a necessidade da continuação de cuidados no contexto domiciliário, na pós-alta hospitalar, nomeadamente através de canais de comunicação mais eficazes, bem como uma maior aproximação e interação entre as equipas hospitalares e as equipas comunitárias, assim como de um maior ingresso nos cuidados de saúde primários de EEER, de modo a darem continuidade ao trabalho realizado pelos colegas que exercem as suas funções especializadas no contexto hospitalar.

Por último, os instrumentos utilizados revelaram-se úteis e adequados pois, através do (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014), foi possível avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem relativamente ao autocuidado, aprendizagem e função motora e comunicação, enquanto com o índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) (2007) foi possível avaliar a dependência global nas AVD's.

Quanto ao processo de avaliação e controlo, o protocolo de controlo revelou-se adequado, de forma, que se procedeu à adaptação do plano individual de intervenção de enfermagem de reabilitação às necessidades identificadas de forma rápida, bem como o mesmo foi adaptado tendo em conta a própria evolução do utente como nos revelaram os registos efectuados.

No decurso da implementação das estratégias de intervenção profissional não houve necessidade de alterar o protocolo previamente definido. Contudo, em relação ao projeto inicial apresentado, devido ao número de casos recolhidos, bem como à sua especificidade, complexidade e número de variáveis existentes, revelou-se necessário alterar a metodologia para a metodologia de estudo de caso múltiplo, de modo a conseguir uma visão mais abrangente e real dos resultados dos cuidados prestados.

Na mesma linha, verificou-se a eficácia e adequação das intervenções realizadas, demonstrando o contributo positivo para a melhoria do autocuidado e funcionalidade, bem como do estado de dependência global nas AVD's da pessoa idosa hospitalizada, como nos indicaram os dados revelados na apresentação e análise dos resultados das estratégias de intervenção profissional.

Através dos resultados obtidos pela implementação dos programas individualizados de enfermagem de reabilitação, foi possível revelar o contributo positivo

dos mesmos neste grupo populacional, cada vez em maior percentagem no seio da sociedade contemporânea portuguesa, de modo a contribuir para a excelência no cuidar em contexto de Enfermagem.

Por último, a elaboração deste relatório e a respetiva implementação do projeto e sua avaliação, foram de extrema importância para o meu desenvolvimento pessoal e profissional pois, a aquisição de competências especializadas de Enfermagem de Reabilitação e de Mestre conferiram-me suportes teórico / práticos fundamentais à melhoria do desenvolvimento da minha prática diária em contexto de cuidados.

## 5-BIBLIOGRAFIA

Administração Regional de Saúde do Alentejo (2013). *Perfil Regional de Saúde 2013*. Évora. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/Pages/default.aspx>

Administração Regional de Saúde do Algarve (2015). *Perfil Regional de Saúde 2015*. Faro. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/Pages/default.aspx>

Barthel, D., & Mahoney, F. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, (14), 56–61.

Borges, C. (2015). *Resultados da implementação de um programa de reabilitação em utentes submetidos a artroplastia total do joelho*. Dissertação de mestrado em enfermagem de reabilitação. Instituto politécnico de Bragança, Bragança.

Campos et al., (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *A qualidade dos cuidados e serviços*. Lisboa, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (2017). *Chalgarve em números, área de influência*. Disponível em <http://www.chualgarve.min-saude.pt/>

Chang E, Hancock K, Hickman L, Glasson J, Davidson P.( 2007). Outcomes of acutely ill older hospitalized patients following implementation of tailored models of care: a repeated measures (pre- and post-intervention) design. *International Journal Of Nursing Studies*, 44(7): 1079-1092.

Comissão Europeia (CE) (2010). *Population, Europe in figures: Eurostat yearbook 2010*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 978-92-79-14884-2.

Comissão Europeia (CE) (2011). *Population, Key figures on Europe: 2011 edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, ISBN 978-92-79-18441-3.

Couto, G. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*, Dissertação de mestrado. Porto, Escola Superior de Enfermagem Do Porto.



Denzin, Norman K. & LINCOLN, Yvonna S. (2000). *Handbook of Qualitative Research*. 2<sup>nd</sup> ed. Sage Publications.

Diário da República Eletrónico (DRE) (2006). *Decreto-lei n.º 74/2006*. Lisboa. Conselho de Ministros. Disponível em: [https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75316582/201705101508/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?\\_LegislacaoConsolidada\\_WAR\\_drefrontofficeportlet\\_rp=indice](https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75316582/201705101508/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice)

Diário da República, 2.<sup>a</sup> série N.º 102 (2015). *Qualidade na Saúde 2015 -2020* (Despacho n.º 5613/2015). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2015). *Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração: Relatório preliminar*. PORTUGAL. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Disponível em <https://www.dgs.pt/...de.../cuidados-de-saude-e-cuidados-de-longa-duracao-pdf.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2017). *Plano Nacional de Saúde 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial* (Despacho n.º12427/2016). Lisboa. Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.

Fealy G, McCarron M, O'Neill D, McCallion P, Clarke M, Cullen A, et al.,( 2009). Effectiveness of gerontologically informed nursing assessment and referral interventions for older persons attending the emergency department: systematic review. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(5): 934-945.

Fonseca, C (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. Lisboa. Universidade de Lisboa.

Fuchs,R., Mattuella, F. & Rabello, T. (2000). *Artroplastia total do joelho: Avaliação a médio prazo: dois a dez anos*. Revista brasileira de Ortopedia, 35(2)

Garcia, L. & QUEK, F. (1997). *Qualitative research in information systems: time to be subjective?* In Lee, A. S.; Liebenau, J.; Degross, J. I. (ed.) *Information systems and qualitative research*. London, UK: *Chapman & Hall*, pp. 444-465.

Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*. Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 57-63.

Gouveia B, Jardim H, Martins M, Gouveia É, Freitas D, Maia J, Rose D. (2016). An evaluation of a nurse-led rehabilitation programme (the ProBalance Programme) to improve balance and reduce fall risk of community-dwelling older people: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, nº 56.

Graham, J. (2006). Nursing theory and clinical practice: How three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease. *The CAANT Journal*, 16(4), 28-31.

Hesbeen, Walter. (2001). *Qualidade de Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspetiva do Cuidar*. Loures; Lusociência.

Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. Loures. Lusociência, 4ª. Edição, Cap. 20, pp. 411-442.

Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Edição. Loures. Lusociência.

Hohdorf, M. (2010). Self-care deficit nursing theory in Ingolstadt: An approach to practice development in nursing care. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 18(1), 19-25.

Hospital do Espírito Santo, EPE (2017). *O hospital, área de influência*. Disponível em <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/area-de-influencia/>

ICN (2011). *Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)*: versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Instituto Nacional de Estatística. (INE) (2011). *Censos 2011: Resultados definitivos*. Lisboa. Disponível em <http://censos.ine.pt/xportal>

Instituto Nacional de Estatística. (INE) (2014). *Projeções de População Residente: 2012-2060*. Lisboa. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Jonhstone, M. (1987). *Princípios de reabilitação do doente hemiplégico*. São Paulo. Editora Manole.

Krichbaum K.( 2007). GAPN postacute care coordination improves hip fracture outcomes: Gerontologic Advance Practice Nurse. *Western Journal Of Nursing Research*, 29(5): 523-544.

Leitão et al., (2006). Projeto Diretrizes. Brasil. *Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação*.

Lopes, J. (2014). *Gestão da Qualidade: Decisão ou Constrangimento Estratégico. Mestrado em Estratégia Empresarial. Universidade Europeia*. Lisboa. Laureate International Universities.

Lopes, M. (2005). *Os utentes e os enfermeiros: construção de uma relação*, Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

Lopes, M., Fonseca, C. (2014). The Construction of the Elderly Nursing Core Set. *Journal of Aging & Inovation*, 2 (1): 121-131.

Loures,E., Leite,I (2012). Análise da qualidade de vida de pacientes osteoartrosicos submetidos à artroplastia total do quadril. *Revista brasileira de ortopedia*, 47(4)

Marques, S (2007). *Os cuidadores Informais de Doentes com AVC*. Coimbra, Formasau: formação em saúde LDA.

Martinez et al., (2004). *Dispneia*. In *Medicina Simposio: Simiologia*. Ribeirão Preto. Nº 37,. P 199-207.

Menoita,E. (2012). *Manual de Boas Práticas Na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures. Lusociência.

Menoita,E. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa cm AVC: Contributos para um envelhecer Resiliente*. Loures. Lusociência

Ministério da Saúde (2006). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa. Direcção geral da Saúde. Disponível em [www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt)

Muscolino, J. E. (2008). *Cinesiologia: O Sistema Esquelético e a Função Muscular*. Loures: Lusodidacta

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa. Conselho De Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade: posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa. Cadernos OE. Serie 1. Numero 7.

Ordem dos Enfermeiros, C. I. D. (2011). *CIPE versão 2: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de boa prática de cuidados de Enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos* (2nd ed., p. 24). Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Organização das Nações Unidas (ONU) (2017). *World Population Prospects 2017*. Geneve. Disponível em <https://esa.un.org/unpd/wpp/Graphs/DemographicProfiles/unitednationsdesa/populationdivision>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (1946). Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova Iorque. *Official Records of the World Health Organization*, nº. 2, p. 100.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016). *69ª Assembleia Mundial da Saúde*. Genebra

Pedron, C. (2009). *Using the dynamic capabilities perspective to analyse CRM adoption: a multiple case study in Portuguese organisations*, Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Gestão. Lisboa. Universidade Técnica de Lisboa – Instituto superior de Economia e Gestão.

Perry L, Hamilton S, Williams J, Jones S. (2012). *Nursing Interventions for Improving Nutritional Status and Outcomes of Stroke Patients: Descriptive Reviews of Processes and Outcomes*. World Views Evidence-Based Nursing.

Pinto, A. (1999). *Problemas de memória nos idosos: Uma revisão*. Porto. Psicologia, Educação e Cultura. Nº 3 P. 253-295.

Pinto, V (2001). *Papel do Enfermeiro na neuroavaliação do doente com alterações do nível de consciência*. Enfermagem em Neurologia. Coimbra. Formasau.

Poochikian-Sarkissian S, Wennberg R, Sidani S. ( 2008). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes on a neuroscience unit: a pilot project. *Canadian Journal Of Neuroscience Nursing*, 30(2): 14-19.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (1996). *Decreto-Lei n.º 161/96: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa. Diário da República, Série I-A, N.º 205.

PORTUGAL, Direcção-Geral de Saúde (2003). *Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Lisboa. Direcção geral da Saúde.

PORTUGAL, Direcção-Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional contra as doenças reumáticas*. Lisboa. Direcção geral da Saúde. Disponível em [www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt)

Poslawsky I, Schuurmans M, Lindeman E, Hafsteinsdóttir T. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(1-2): 17-32.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (1996). *Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro*. Lisboa. Diário da República nº 205/1996, Série I-A. Ministério da Saúde.

OE, (2011). *Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República: 2.ª Série, N.º 35. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

OE, (2017). *Regulamento n.º 338/2017 de 23 de junho da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Diário da República: 2.ª Série, N.º 120 (2017). Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento338\\_2017\\_CDE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento338_2017_CDE.pdf).

OE, (2011). *Regulamento n.º 125/2011: Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem do Enfermeiros – MCEER. Diário da República, 2º Série, nº 35.

Renpenning, K. M., SozWiss, G. B., Denyes, M. J., Orem, D. E., & Taylor, S. G. (2011). Explication of the nature and meaning of nursing diagnosis. *Nursing Science Quarterly*, 24(2), 130-136.

Sale, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde*. Lisboa: PRINCIPIA, Publicações Universitárias e Científicas.

Schub, E. (2012). *Orem's Self-Care Model: Integration into Practice*. CINAHL Nursing Guide.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Shah S, Tartoro C, Chew F, Morris M, Wood C.( 2013). Skilled nursing facility functional rehabilitation outcome: Analyses of stroke admissions. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, Vol 20, No 7.

Sidani S.( 2008). Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. *Research & Theory For Nursing Practice*, 22(1): 24-37.

Silva, A., Almeida, G. J. M., Cassilhas, R. C., Cohen, M., Peccin, M. S., Tufik, S., Mello, M. T. (2007). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte* [On line],14 (2), 88- 93. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>.

Sue et al., (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*, 4ª ed. Rio de Janeiro. Elsevier Editor

VIEIRA, C.; SOUSA, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures. Lusodidacta.

Yin, R. K. (1993). *Applications of case study research*. Thousand Oaks, California. Sage Publications.

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. 3 th edition, Thousand Oaks. Sage Publications.

Yin, R.K (1984). *Case Study Research: Design and Methods*. Beverly Hills, California. Sage Publications.

## Anexos



## ANEXO A - Pedido de parecer à comissão de ética da Ué



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -  
Avaliação de Projectos

GD/1719/2018

**Requerente**

**Nome:** Christian José Krusch  
**Email:** m38985@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 38985  
**Curso:** Enfermagem (Mestrado)

**Requerimento**

**Título do Projeto:**

"Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na melhoria do Autocuidado na pessoa idosa hospitalizada"

**Nome dos Investigadores:**

Christian José Krusch

**Nível da Investigação:**

Mestrado

**Responsáveis Académicos - Orientador/Investigador principal:**

Professor Dr César João Vicente da Fonseca

**Responsáveis Académicos - Colaboradores:**

Professor Dr César João Vicente da Fonseca

**Resumo / Abstract:**

**ENQUADRAMENTO:** No âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, apresenta-se o projeto "Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na melhoria do autocuidado na pessoa idosa hospitalizada", a ser desenvolvido durante o Estágio Final, de 18 de Setembro de 2017 a 06 de Janeiro de 2018. Deste modo, este projeto será desenvolvido no serviço de Medicina 1 do Hospital do Espírito Santo Évora. EPE (HESE), "sendo que a área de influência de primeira linha abrange 150 mil pessoas, correspondendo ao Distrito de Évora, num total de 14 Concelhos". Em segunda linha abrangerá cerca de 440 mil pessoas, correspondente a toda a região do Alentejo (HESE, 2017). No serviço de Ortopedia 2 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve. EPE (CHUA), "assegura a prestação de cuidados de saúde em toda a extensão da região do Algarve (16 concelhos) a uma população de cerca de 450.000 habitantes, número que pode triplicar na época alta do turismo" (CHUA, 2017). Sendo estas estas duas regiões, o Alentejo e o Algarve, duas das regiões com maiores índices de dependência e envelhecimento, estando a cima da media nacional sendo respectivamente 61 e 179 para o Alentejo e 53 e 132 para o Algarve (INE, 2011). O envelhecimento populacional segundo Despacho n.º 12427/2016, de 17 de Outubro no qual é proposto a Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e Saudável, é definido com base na proporção da população de pessoas idosas na população total. Sendo que no mesmo documento considera idoso as pessoas com 65 anos ou mais de idade. O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI (INE, 2011) Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito sócio-económico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adopção de novos estilos de vida. Em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos é, em 2011, de 19% (INE 2011). Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior. (INE, 2011). Segundo Couto (2012), a enfermagem é definida segundo o modelo de Autocuidado de Orem, como um serviço especializado que se distingue de outros serviços humanos, tendo como foco de atenção as pessoas que apresentam incapacidade para continuar a cuidar de si mesmo. Este modelo engloba três teorias de enfermagem, a Teoria do autocuidado, que divide as necessidades de autocuidado em Necessidades recorrentes da ausência de saúde, necessidades de desenvolvimento e necessidade de autocuidado universal; a Teoria dos sistemas de Enfermagem, que identifica intervenções de enfermagem com vista a recuperação do autocuidado, como sendo, Apoio-



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -  
Avaliação de Projectos

GD/1719/2018

**Requerente**

**Nome:** Christian José Krusch  
**Email:** m36985@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36985  
**Curso:** Enfermagem (Mestrado)

**Requerimento**

educativo, compensação parcial e totalmente compensatório e por último a Teoria do défice de Autocuidado, que identifica Agir para fazer ou para orientar, dirigir, fornecer suporte físico ou psicológico e fornecer e manter um ambiente como métodos/estratégias de enfermagem de ajudar os utentes de dar resposta as suas necessidades (Schub, 2012; Graham, 2006). De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, versão 2, 2011), Autocuidado é delimitado como " actividade exercida pelo próprio. Tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária". Deste modo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, segundo OE (2011): Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitações da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

**Fundamentação e pertinência do estudo:**

Com a elaboração deste projeto, pretendo mais especificamente aprofundar conhecimentos e desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais intervindo nas pessoas idosas em situação de internamento hospital, no âmbito do Autocuidado com o objectivo de identificar que implicações poderão surgir com as intervenções especializadas de Enfermagem de Reabilitação, tendo com base a Teoria da Enfermagem do Autocuidado, de Orem (2001). Como foi descrito anteriormente, o envelhecimento populacional em Portugal tem um impacto marcado na nossa sociedade, em especial na área da Saúde, nomeadamente no SNS. Este envelhecimento leva a um aumento da população com diminuição da sua capacidade funcional e consequentemente défice de autocuidado. Um dos profissionais do SNS que na sua prática diária mais convive e lida com estes utentes é o enfermeiro, estando este na primeira linha de resposta às necessidades desta franja da população através de diagnósticos, intervenções, modelos/estratégias de enfermagem de modo a dar resposta às necessidades de autocuidado da população.



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -  
Avaliação de Projectos

GD/1719/2018

**Requerente**

**Nome:** Christian José Krusch

**Email:** m36985@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36985

**Curso:** Enfermagem (Mestrado)

**Requerimento**

**Objetivos:**

Avaliar a funcionalidade das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar; Adquirir competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em pessoas com défice de autocuidado; Definir ganhos ao nível do autocuidado das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar.

**Seleção da amostra:**

Pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar, nos serviços designados, com o défice de Autocuidado e com intervenção pelo autor.

**Procedimentos metodológicos:**

Pretendemos desenvolver com este projeto, uma metodologia de cuidado, enquadrada na teoria de médio alcance de Lopes (2006), na qual pretendemos realizar processo de avaliação diagnóstica e em seguimento do mesmo estabelecer um processo de intervenção terapêutica sem descurar o que o referido autor descreve como sendo o processo da relação, que engloba as etapas de Princípio da relação, Corpo da relação e Fim da relação. Também enquadrado também como refere o REPE (1996), onde iremos proceder à identificação dos problemas de enfermagem na pessoa, recolha e apreciação de dados, formulando o diagnóstico de enfermagem, elaborar e realizar plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções e por último avaliação final, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através dos instrumentos de avaliação e registos efectuados.

**Instrumentos de avaliação:**

Definimos a utilização do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) e o Elderly Nursing Core Set (ENCS) (Fonseca e Lopes, 2014)

**Como serão recolhidos os dados:**

A informação recolhida irá ser analisada estatisticamente com recurso ao software SPSS® versão 24 e análise de conteúdo segundo Bardin (2011), do material recolhido através de notas de campo, relatos de experiências.

**Como será mantida a confidencialidade nos registos:**



Comissão de Ética - Área da Saúde e do Bem Estar - Requerimento -  
Avaliação de Projectos

GD/1719/2018

**Requerente**

**Nome:** Christian José Krusch  
**Email:** m36985@alunos.uevora.pt **Número de aluno:** 36985  
**Curso:** Enfermagem (Mestrado)

**Requerimento**

A cada pessoa será atribuído um código. Informação recolhida não terá dados identificativos da identidade da pessoa.

**Estudos prévios em que se baseia esta investigação:**

Teoria do Autocuidado de Orem (2001)  
Modelo de Roper para a Vida (Roper, Logan e  
Tierney, 1996).

**Declaração de consentimento informado utilizada no estudo:**

Eu, Christian José Krusch Mestrando em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora e a realizar o II ensino clínico em Enfermagem De Reabilitação, no âmbito de uma dissertação de mestrado, pretendo realizar um estudo subordinado ao tema:

"Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na melhoria do Autocuidado na pessoa idosa hospitalizada"

O presente estudo tem como objetivos: Avaliar a funcionalidade das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar; Adquirir competências na

prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em pessoas com défice de autocuidado; Definir ganhos ao nível do autocuidado das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar.

Reconheço que os procedimentos de investigação me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Advertiram-me das outras possibilidades quanto à participação neste estudo. Compreendo igualmente as vantagens da participação neste estudo. Compreendo que tenho direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que os processos que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial, sendo a minha identidade preservada.

Aceito participar de livre vontade no presente estudo. Compreendo que sou livre de a qualquer momento desistir da participação neste estudo.

Concordo que sejam efetuados planos de cuidados e que sejam trabalhados os dados daí obtidos. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantido o anonimato.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autor: Enfº Christian José Krusch, estagiário em Enfermagem de Reabilitação no serviço de Medicina I do Hospital do Espírito Santo Évora EPE / no serviço de Ortopedia 2 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve – Unidade de Faro e  
aluno do 1º Curso do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Évora.

## ANEXO B - Parecer comissão de ética da Ué



Documento	1	8	0	8	2
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica  
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar  
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Armando Raimundo, Prof. Doutor Luís Sebastião e Prof. Doutor Fernando Capela, deliberaram dar

**Parecer Positivo**

para a realização do Projeto "*Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na melhoria do Autocuidado na pessoa idosa hospitalizada*" do investigador **Christian José Krusch** (mestrando) e Prof. Doutor César João Vicente da Fonseca (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

## ANEXO C - Parecer da comissão de ética do CHUA-Faro





Centro  
Hospitalar  
Universitário  
do Algarve

CENTRO DE FORMAÇÃO, INVESTIGAÇÃO E CONHECIMENTO

Núcleo de Formação e Investigação de Enfermagem

### DECLARAÇÃO

Declara-se que, Christian José Krush, Enfermeiro, na qualidade de Mestrando em Enfermagem de Reabilitação na Universidade de Évora, foi autorizado a 18.01.2018, no âmbito do Projecto de Investigação com o tema *Contributo dos Cuidados de enfermagem de reabilitação na melhoria do autocuidado na pessoa idosa hospitalizada*, a desenvolver a recolha de dados no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, conforme proposta.

A Enfermeira Directora

Maria Filomena Martins



Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro - Tel. 289891150 - Fax. 289.891159  
www.chalgarve.min-saude.pt - administracao@chalgarve.min-saude.pt

#### ANEXO D – Pedido de parecer à comissão de ética do CHUA-Faro

A/C Exma. Sr.ª Presidente do Conselho de Administração do CHUA

Sr.ª Dr.ª Ana Paula Pereira Gonçalves



N.º 248223, 22/12/2017

Assunto: Pedido de apreciação e parecer da Comissão de Ética

Eu, Christian José Krusch, enfermeiro a realizar estágio no Serviço de Ortopedia 2 da Unidade de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE, venho por este meio solicitar um pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética do CHUA, acerca do assunto abaixo apresentado:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em enfermagem de Reabilitação, criado pelo aviso n.º 5622/2016, publicado em Diário de república, 2.ª série - n.º 84 de 2 de Maio de 2016 e a decorrer na Universidade de Évora, encontro-me a realizar um estágio no Serviço de Ortopedia 2 do referido hospital, que teve início a 22 de Novembro de 2017 e que terminará a 27 de Janeiro de 2018. Este estágio prevê a realização de um projeto de investigação, cujo os objetivos são: "Avaliar a funcionalidade das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar; Adquirir competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em pessoas com défice de autocuidado; Definir ganhos ao nível do autocuidado das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar."

Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e em informar os utentes envolvidos desta condição, bem como do âmbito e objetivo do projeto, sendo o envolvimento dos mesmos facultativo.

Em anexo segue o projeto aprovado pela Universidade de Évora.

Os meus contactos para qualquer esclarecimento são :

Tlm: 965483853

Email: chris\_krusch@hotmail.com

Solicito a V.Exa., a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Faro, 22 de Dezembro de 2017

O Proponente

## ANEXO E – Pedido de parecer à comissão de ética do HESE - Évora

PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE  
ÉVORA EPE

Nome: Christian José Krusch  
na qualidade de profissional de Saúde (utente, familiar, profissional de saúde...),  
com o contacto telefónico 965483853, o email chris\_krusch@hotmail.com  
e a morada Quinta das Águas Frias Junto a Titan Évora  
solicita que a Comissão de Ética emita parecer sobre o seguinte assunto:

RESUMO:

No âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, apresenta-se o projeto "Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na melhoria do autocuidado na pessoa idosa hospitalizada", a ser desenvolvido durante o Estágio Final, de 18 de Setembro de 2017 a 06 de Janeiro de 2018. Com a elaboração deste projeto, pretendo mais especificamente aprofundar conhecimentos e desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais intervindo nas pessoas idosas em situação de internamento hospitalar, no âmbito do Autocuidado com o objectivo de identificar que implicações poderão surgir com as intervenções especializadas de Enfermagem de Reabilitação.

OBJETIVOS: Avaliar a funcionalidade das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar; Adquirir competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em pessoas com défice de autocuidado; Definir ganhos ao nível do autocuidado das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar.

POPULAÇÃO ALVO: Pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar, nos serviços designados, com e deficit de Autocuidado e com intervenção pelo autor.



Problemas que se colocam:

O presente estudo implica a colheita, análise, apresentação e discussão de dados clínicos emergentes da avaliação de enfermagem de Reabilitação.

Consulta que deseja fazer à Comissão de Ética:

Para a realização do presente estudo, solicito autorização para a colheita de dados no contexto da prática de cuidados de utente idosos internados no serviço de medicina 1 e sua posterior análise e utilização na discussão académica. Não será revelada a identidade dos utentes nem colhidos dados que permitem a identificação dos mesmos.

O requerente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Telefone: 266 740 100 – Telemóvel: 961 981 650 – Fax: 266 701 821  
geral@hevora.min-saude.pt | www.hevora.min-saude.pt  
Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. | Largo Senhor da Pobreza, s/n - 7000-811 Évora  
Empresa Pública - Entidade Pública Empresarial | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Évora,  
sob o n.º 508 085 888 NIPEC/NIF: 508 085 888 | Capital Estatutário: 31.002.535,00 Euros

## ANEXO F – Proposta de Projeto de estágio







pessoa com deficiência, limitações da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Com a elaboração deste projeto, pretendo mais especificamente aprofundar conhecimentos e desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais intervindo nas pessoas idosas em situação de internamento hospitalar, no âmbito do Autocuidado com o objetivo de identificar que implicações poderão surgir com as intervenções especializadas de Enfermagem de Reabilitação, tendo com base a Teoria de Enfermagem do Autocuidado, de Orem (2001). Como foi descrito anteriormente, o envelhecimento populacional em Portugal tem um impacto marcado na nossa sociedade, em especial na área de Saúde, nomeadamente no SNS. Este envelhecimento leva a um aumento de população com diminuição da sua capacidade funcional e consequentemente défice de autocuidado. Um dos profissionais do SNS que na sua prática diária mais convive e lida com estes utentes é o enfermeiro, estando este na primeira linha de resposta às necessidades desta franja da população através de diagnóstico, intervenções, modelos/estratégias de enfermagem de modo a dar resposta às necessidades de autocuidado da população.

**PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO:** Como pergunta de investigação definimos: quais os ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao nível do autocuidado das pessoas idosas em processo de internamento?

**OBJETIVOS:** Avaliar a funcionalidade das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar; Adquirir competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação em pessoas com défice de autocuidado; Definir ganhos ao nível do autocuidado das pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar.

**POPULAÇÃO ALVO:** Pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar, nos serviços designados, com e deficit de Autocuidado e com intervenção pelo autor.

**METODOLOGIA:** Pretendemos desenvolver com este projeto, uma metodologia de cuidado, enquadrada na teoria de médio alcance de Lopes (2006), na qual pretendemos realizar processo de avaliação diagnóstica e em seguimento do mesmo estabelecer um processo de intervenção terapêutica sem descurar o que o referido autor descreve como sendo o processo da relação, que engloba as etapas de Princípio da relação, Corpo da relação e Fim da relação. Também enquadrado também como refere o REPE (1996), onde iremos proceder à identificação dos problemas de enfermagem na pessoa, recolha e apreciação de dados, formulando o diagnóstico de enfermagem, elaborar e realizar plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções e por último avaliação final, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através dos instrumentos de avaliação e registos efectuados.

**INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO:** Definimos a utilização do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) e o Elderly Nursing Core Set (ENCS) (Fonseca e Lopes, 2014).

O Índice de (Barthel) (Siqueira, 2007) possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar, em cada atividade. Sendo este índice composto por 10 atividades básicas de vida diária, em que cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, o score “0” corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com “5”, “10” ou “15” pontos de acordo com os níveis de diferenciação. As variáveis estudadas pelo Índice de Barthel são: a alimentação; o vestir; o banho; a higiene corporal; o uso da casa de banho; o controlo intestinal; o controlo vesical; o subir escadas; a transferência cadeira/cama e a deambulação. Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, variando de modo inversamente proporcional ao grau de dependência, sendo a pontuação global entre 0 a 100 pontos, consoante os seguintes pontos de corte: 90- 100 Pontos Independente; 60- 90 Pontos Ligeiramente dependente; 40-55 Pontos Moderadamente dependente; 20- 35 Pontos Severamente dependente; <20 Pontos Totalmente dependente. (Mahoney & (Barthel) (Siqueira, 2007), 1965;

Sequeira, 2007).

Elderly Nursing Core Set, que tem como base a CIF, constituída por 31 códigos (10 códigos para avaliar as funções do corpo; 1 código para avaliar as estruturas do corpo; 16 códigos para avaliar as atividades e participação e 4 códigos para avaliar os fatores ambientais). Deste modo, este instrumento é composto por 25 itens considerados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo seu objetivo, avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem e os seus resultados. Com indicadores sensíveis, apresenta como propriedades psicométricas uma variância total explicada de 66,46% kaiser-meyer-olkin (KMO)= 0.923, demonstrando a elevada correlação inter-intens da escala. Serão medidas as seguintes dimensões: funções mentais (globais e específicas), dor, funções do aparelho cardiovascular, do aparelho respiratório, comunicação, autocuidados, mudar e manter a posição, transportar, mover e manusear objetos, andar e deslocar-se, Relacionamentos pessoais interpessoais (Fonseca, 2013).

TRATAMENTOS DE DADOS: A informação recolhida irá ser analisada estatisticamente com recurso ao *software* SPSS®, versão 24 e análise de conteúdo segundo Bardin (2011), do material recolhido através de notas de campo, relatos de experiências.

RESULTADOS ESPERADOS: Esperam-se ganhos no autocuidado das pessoas após intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) através das suas intervenções especializadas.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS: Este projeto irá ser sujeito à Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade de Évora e às respetivas comissões de éticas das Unidades Hospitalares onde decorrerá, Sendo que estudo será anónimo e confidencial de participação livre.

#### CRONOGRAMA:

Etapas do processo de desenvolvimento do projeto de estágio final	Set. 2017	Out. 2017	Nov, 2017	Dez. 2017	Jan. 2018	Fev. 2018	Mar. 2018
Entrega do Projeto	X	X					
Integração no Servi. Medicina 1 – HESE – Évora	X						
Estagio no Servi. Medicina 1 – HESE – Évora	X	X	X				
Integração no Servi. Ortopedia 2 – CHUA – Faro			X				
Estagio no Servi. Ortopedia 2 – CHUA – Faro			X	X			
Implementação da 1ª Fase do Projeto - Selecção - Aplicação do instrumento de avaliação		X	X	X			
Pesquisa Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X

Avaliação dos Resultados					X	X	
Elaboração do Relatório de estágio final					X	X	X

## Bibliografia

PORTUGAL - Ministério da Saúde - Decreto-Lei n.º 161/96: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. "Diário da República" Série I-A, N.º 205 (04 de Setembro de 1996) 2959-2962

Graham, J. (2006). Nursing theory and clinical practice: How three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease. The CAANT Journal, 16(4), 28-31.

Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2017). Plano Nacional de Saúde 2017-2025 Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016). Lisboa. Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Lopes, M (2005), *Os utentes e os enfermeiros: construção de uma relação*, Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Fonseca, C (2013), *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*, Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística. (INE) (2011). Censos 2011, Resultados definitivos. Lisboa. Disponível em <http://censos.ine.pt/xportal>

Schub, E. (2012). Orem's Self-Care Model: Integration into Practice. CINAHL Nursing Guide.

Couto, G. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*, Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem Do Porto

Hospital do Espírito Santo, EPE (2017), O hospital, área de influência. Disponível em <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/area-de-influencia/>

Centro hospitalar e Universitário do Algarve (2017), Chalgave em números, área de influencia. Disponível em <http://www.chualgarve.min-saude.pt/>

SEQUEIRA, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.

HOEMAN, S. P. (2000) - Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo. 2ª Edição. Loures. Lusociência. MORAIS, F., & Conceição, V. (2009).

BARTHEL, D., & Mahoney, F. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, (14), 56–61.

Regulamento nº 125/2011 (18 de 2 de 2011). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros – MCEER. Diário da República, 2ª Série, nº 35.

CIPE/ICNP (2011) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 2, IGIF

## ANEXO G – Declaração de aceitação de Orientação



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

Largo do Senhor da  
Pobreza,  
7000-811 Évora  
geral@esesjd.uevora.pt  
tel.: +351 266 730 300  
fax: +351 266 730

## DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

César João Vicente da Fonseca, professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem, da Universidade de Évora, declara assumir a orientação, no âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação, o projeto subordinado ao tema "Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, na melhoria do autocuidado na pessoa idosa hospitalizada", a elaborar pelo estudante Christian José Krusch, com o Número 36985.

Data 10| 11| 2017

Assinatura

Assinado por : CÉSAR JOÃO VICENTE DA  
FONSECA  
Num.de Identificação Civil: 8101876459  
Data: 2017.11.13 22:34:31 Hora padrão de GMT



## ANEXO H – Aceitação da proposta de Projeto de estágio

Screenshot of an Outlook web interface (Outlook Live) showing an email from the University of Évora (Universidade de Évora) regarding a project proposal (Proposta de Projeto de Estágio).

**Header:** Email do Outlook | christian.krusch

**Left Sidebar (Pastas):**

- Caixa de Entrada 9
- Lixo Eletrônico 36
- Rascunhos 36
- Itens Enviados
- Itens Excluídos 231
- Arquivo Morto
- Conversation History
- guardados 1
- Notes

**Message Details:**

**Universidade de Évora: GD/47734/2017 - Proposta de Projeto de Estágio**

**From:** Divisão de Formação Pós-Graduada <siue-noreply@uevora.pt>  
qua 20/12/2017, 14:10  
Você: ipaulino@uevora.pt

**To:** Caro(a) Aluno(a) Christian José Krusch

**Subject:** Foi-lhe registada a seguinte mensagem no SIUE:

Caro Aluno,  
Boa tarde,

De acordo com o ponto 1 do artigo n.º 118 do Regulamento Académico da Universidade de Évora (Ordem de Serviço n.º 13/2016), informamos da deliberação de Aprovação da 'Proposta de Projeto de Estágio', pelo Conselho Científico da Escola, a qual já se encontra registada no seu perfil de Aluno, no SIUE.

Encontramo-nos ao dispor para qualquer questão, através do endereço eletrónico: atendimento@sac.uevora.pt

Cordiais cumprimentos,

-- Por favor não responda a esta mensagem.

**Right Sidebar:** Parece que você está usando um bloqueador de anúncios. Para maximizar o espaço na sua caixa de entrada, inscreva-se para obter um [Outlook Livre de Anúncios](#).

**Taskbar:** Christian José Krusch...pdf, 201712221318229...pdf, AUTORIZAÇÃO DI...pdf, Parecer\_CE\_Christi...pdf, 721949 (1).pdf